Enfermeir@s

Revista do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

Número 38 Xaneiro 2022

A.M.A. agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Seguro de **Responsabilidad Civil Profesional**

El Colegio de Enfermería de Lugo contrata la póliza de Responsabilidad Civil Profesional con A.M.A.

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS, LÍDER DEL SECTOR, LLEVA **MÁS DE 20 AÑOS ASEGURANDO EL EJERCICIO PROFESIONAL DE QUIENES EJERCEN LA SANIDAD**, ENTRE ELLOS LA MAYORÍA DEL COLECTIVO DE ENFERMERÍA.

- Se mantiene el capital asegurado por siniestro y anualidad de seguro a 3,5 millones de euros.
- Al ser una póliza que se contrata a través del Colegio, aumenta la capacidad anual para el colectivo.
- Garantías a asegurar:
  - Responsabilidad Civil Profesional de los colegiados
  - R.C. de Explotación y Locativa
  - Defensa Jurídica y Fianzas judiciales
  - Asistencia jurídica por agresión
- El Subsidio por Inhabilitación pasa de 1.500 € y 18 meses (anterior compañía) a 4.000 € y 24 meses.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES POR PARTE DEL COLEGIADO/A

Se realizarán a través del Colegio Profesional, o a través de la oficina de A.M.A. en Lugo, quienes facilitarán al Colegio el modelo de parte de siniestros a rellenar al efecto.

El colegiado deberá comunicar inmediatamente cualquier reclamación que reciba, que antes de realizar manifestaciones al respecto es importante que se asesore por su Colegio o por A.M.A., y que para poder estar asegurado en la póliza debe de estar colegiado en el Colegio de Lugo y al corriente de las cuotas de colegiación.

A.M.A. LUGO
Raiña,1-27001 Lugo
Tfno.: 982252107 - Fax 982252204
lugo@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS **PROFESIONALES SANITARIOS**

www.amaseguros.com 902 30 30 10

Síganos en

A.M.A. agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Índice

LIMIAR 5

ACTUALIDADE
- Himno de la enfermería 6
- Excelencia en cuidados 7
- Premio V de veciño 8
- Premios Muralla 2021 9

CURSOS
- Curso acupuntura 10
- Curso vía aérea 11

COÑECENDO ENFERMEIR@S
- Javier Saavedra Balseiro 12

OPINIÓN
- Saúde psicolóxica 15

FORMANDO ENFERMEIR@S
- O ano que a OMS dedica á enfermaría materializarse nunha escultura en Lugo 17
- Un estudio analiza la relación médico-paciente 21

SALUD MATERNO-INFANTIL
- La vacunación de la gripe estacional en las gestantes y puérperas 23

SALUD MENTAL
- ¿Se puede bailar bajo la lluvia? 26

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
- Desarrollando la parcela de la enfermera de cabecera 29

ESCUELA DE HERIDAS
- La clave: establecer un diagnóstico temprano 33

INVESTIGACIÓN
- Papel enfermero en el abordaje del duelo perinatal 39
- Liderazgo enfermero: pieza clave para afrontar los desafíos sanitarios actuales y futuros 46
- Registro visual, fotográfico de las heridas vasculares y úlceras del pie diabético; un paso hacia adelante en el proceso de atención enfermero 54

ENFERMARÍA NOS TEMPOS
- Dédée, la enfermera heroína 67

RECUNCHO ENFERMEIRO
- Agujas quirúrgicas 70

XUNTA DE GOBERNO

Presidenta
Lourdes Bermello López

Vicepresidenta
Marta Otero Rodríguez

Secretaria
Elena Cabana Gil

Tesorera
Eva Gómez Fernández

Vocales
Cristina Ouro
Elia Martínez Fernández
María González Gómez
Silvia Folgueiras Fernández
Isidoro Rodríguez Pérez

Enfermeir@s

DIRECCIÓN
Nazaret Gómez González

CONSELLO DE REDACCIÓN
Javier Coria Abel
Mª José Ferreiro López
Mª Rosario Marín Arnés
María Rodríguez Trigo
Lucía Menéndez Menéndez
Isidoro Rodríguez Pérez
Mª Jesús Regueiro Burgo
Jenifer Souto Pérez
Cristian Martín Vazquez
Iria Ferreiro López
Marta Gómez López
Natalia López Morán

REVISORES
José Mª Rumbo Prieto
Luis Arantón Areosa
David Peña Otero

SERVICIOS

Asesoría Jurídica
Garcia abogados (Pilar Garcia Vilar)

Secretaría
Cristina Lage Suárez
Azucena Veiga Lasanta

Maquetación e imprime
Unicopia Artes Gáficas
Avda. de Madrid, 13
27002 Lugo

Edita
Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

Depósito Legal
LU-330/2001

I.S.S.N.
1888-4830

Revista indexada en base de datos EBSCO que incluye CINAHL

Esta revista pódese descargar en formato PDF en:
www.enfermerialugo.org

Consejo General de Enfermería

Esta revista está subvencionada por el Consejo General de Enfermería dentro del programa de promoción de la investigación enfermera.

FOTO PORTADA: Kilian Molejón · www.kilianfotografo.com

Limiar

Nazaret Gómez González · nazalugo@gmail.com

Las enfermeras somos un pilar fundamental en la sociedad, ya que somos las encargadas de: desde la atención del paciente hasta su seguimiento médico.

El déficit permanente de enfermeras en España ha complicado todo el panorama y es algo que los políticos no desean abordar. Si, se ha conseguido el hito de vacunar a casi toda la población, de doblar el brazo de la infección en un pulso que seguimos echando a la enfermedad. Gracias a la entrega y a la profesionalidad de las enfermeras ha sido posible, no conviene olvidarlo.

Todo ello, sin renunciar a las personas con cáncer, a los diabéticos, a los pacientes pluripatológicos o de atender partos.

Amamos nuestro trabajo, nos volcamos con los pacientes, arriesgamos la vida si es necesario como lo ocurrido en la pandemia, pero no vamos a asumir riesgos prevenibles ni evitables. Hay que actuar ya.

Creo que este año será un año de OPORTUNIDADES para las enfermeras. Hemos demostrado al mundo de qué pasta estamos hechas y de lo que somos capaces.

Han notado nuestra importancia durante la pandemia del Covid-19. Pero, aunque nos hayan dado ese reconocimiento, ¿cobramos lo suficiente? ¿Hemos estado en espacios de calidad? ¿Hemos sido referentes a la hora de analizar lo que está pasando? ¿Se ha prestado atención de nuestras demandas y reivindicaciones para gestionar mejor la crisis sanitaria? Quizás puntualmente sí.

Los medios se han limitado a publicar sobre la enfermería solo episodios anecdóticos y experiencias concretas que no reflejan el desarrollo real y las aportaciones que estamos realizando en la actualidad a nuestra sociedad, y tampoco han recurrido a la enfermería como fuente para interpretar o para buscar respuestas a lo que estaba ocurriendo, a pesar de que sí hemos aportado soluciones a los problemas, gracias a nuestro conocimiento.

Himno de la enfermería

Redacción.

El pasado mes de Julio la Escuela de Música de Fingoi interpretó el himno de las enfermeras, en un acto organizado por el Colegio de Enfermería de Lugo que tuvo lugar en el Hospital Universitario Lucus Augusti de la ciudad, los asistentes pudieron escuchar la interpretación magistral de Pilar Martínez-Pilocha (voz), Pepe Vaamonde (gaita), Manuel Fernández y Tania Capón (violín), Carlos Vázquez (percusión) y Evaristo Freiro (contrabajo).

"Como enfermeras y enfermeros queremos agradecer a la Escuela de Música de Fingoi y a los músicos que durante el confinamiento nos hicieron esta situación de pandemia mucho más amena. Parece que hay otras profesiones que tuvieron más importancia, pero la cultura nos ayudó mentalmente a relajarnos", concretó Lourdes Bermello, presidenta del Colegio de Enfermería de Lugo.

El himno oficial de la enfermería nació en 2017 y fue una creación de Íñigo Lapetra, director de comunicación del Consejo General de Enfermería, quien quiso regalarlo a las enfermeras con ocasión del Congreso Internacional de Enfermeras. Esta canción y ha sido traducida al inglés y al Euskera y, para el creador, esta nueva versión es especialmente importante por su vinculación personal con Galicia.

En el acto también intervinieron Ramón Ares, gerente del área sanitaria de Lugo, Cervo y Monforte, Mª Jesús Pérez Taboada, directora de enfermería del mismo área sanitaria y Asunción Fernandez, directora del Colegio Fingoi e Isidoro Rodríguez, presidente de la Academia de Enfermería de Galicia.

HIMNO DA ENFERMARÍA

Todo o tempo que precises che darei,
e contigo o teu camiño seguirei
e nos días de esperanza
e nas noites de dolor
sentiras o meu cariño ao teu carón.

Aí estarei, aínda no solpor
e coidareite sempre sen descanso
na soidade, o medo e mesmo a dor
tristura ou emoción
por sempre acompañado.

Dende aquel primeiro instante ate o final
toda axuda necesaria en min terás,
prepareime sen descanso, practicando sen parar,
longos anos para poderte así coidar.

Aí estarei, aínda no solpor
e coidareite sempre sen descanso
na soidade, o medo e mesmo a dor
tristura ou emoción
por sempre acompañado.

Entregar toda unha vida para os demais,
percorrer tódolos pasos por andar,
escollín o meu camiño,
elixín a profesión,
corpo e alma, é a miña vocación.

Mirame ben, non cales a túa dor,
Axudareiche con Ciencia e coidados
ensinareiche a resistir mellor
a volver camiñar
verte recuperado.

Aí estarei, aínda no solpor
e coidareite sempre sen descanso
na soidade, o medo e mesmo a dor
tristura ou emoción
por sempre acompañado.

Aí estarei...
Aí estarei...
Estarei ao teu lado!

Díptico de presentacion del himno de la enfermería.

Excelencia en Cuidados

Redacción.

El Área Sanitaria de Lugo se ha convertido en la primera de Galicia en ser reconocida como Centro Comprometido con la Excelencia de Cuidados, un reconocimiento otorgado por la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud del Instituto de Salud III (Investén-Iscii), el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (Cecbe) y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO).

El acto de entrega del certificado de designación de Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados-BPSO España, en el Área Sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte, ha tenido lugar esta mañana en el Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA).

Se trata de un proyecto impulsado por la dirección de Enfermería y liderado por Ana Mª Murado, supervisora de Área de Docencia, que se inició hace tres años, tanto en el Hospital Universitario Lucus Augusti, como en los centros de Salud de Atención Primaria de Becerreá y San Roque.

Tres guías de buenas prácticas.

El Área Sanitaria presentó su solicitud como candidata al mismo, que fue admitida. A raíz de ahí comenzaron tres años de arduo trabajo para la implantación de tres guías de buenas prácticas en cuidados de Enfermería, que buscaban mejorar la calidad de la atención prestada y percibida por los usuarios.

Las guías seleccionadas fueron:

- **Reducción de las complicaciones del pie en personas diabéticas** cuyo responsable de implantación fue Juan Carlos Álvarez, enfermero referente en heridas crónicas.
- **Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares** para reducción de complicaciones, con Purificación Morado, enfermera del área de Calidad, como responsable de su implantación.
- **Valoración del ictus mediante la atención continuada,** cuya responsable de implantación fue Lourdes Bermello enfermera de la unidad de neurología.

La implantación fue liderada por los profesionales de Enfermería de las distintas unidades, aunque contó con la participación de equipos multiprofesionales, siempre buscando la excelencia en los cuidados, con repercusión directa en la salud de los pacientes.

Desde el inicio del proyecto, los profesionales destacan los logros alcanzados. En relación a lo cuidados de pie en pacientes diabéticos, se generó una escala de valoración específica para la prevención de los factores de riesgo, con lo que se consiguió que el 95 por ciento de los pacientes incluidos en el programa no desarrollaran úlceras vasculares.

También destacan la mejora de valoración en los pacientes con ictus, que permitió detectar precozmente complicaciones en su estado. De este modo se logró, entre otros, prevenir las neumonías por aspiración y el mantenimiento de accesos vasculares. La mejora en el manejo de los mismos permitió una reducción de las complicaciones del 15 por ciento.

Premio V de veciño

Redacción.

Foto: Sebas Senande/El Progreso.

A Federación veciñal lucense, na súa 19ª edición do Día do Veciño, concede un premio ao COE Lugo en recoñecemento do TRABALLO realizado polos profesionais sanitarios durante a pandemia.

O premio foi entregado pola alcaldesa de Lugo Dª Lara Mendez y en presencia del Presidente de la Federación lucense D. Jesñus Vazquez, el presidentede la Confederación Galega de Asociacións Veciñais (Cogave) D. Fernando Rios a Lourdes Bermello, presidenta do Colexio : " Agradezo este premio en representación das 2300 enfermeiras e enfermeiros lucenses que teñen como obxetivo o coidado da saúde das persoas, das suas familias e a comunidade. A saúde é o noso ben máis prezado e non dubidedes que cando vos falte sempre teredes a una enfermeira á vosa beira".

Premios Muralla 2021

Redacción.

Ana Álvarez-Ron Fernández.

Otro año más por razones de seguridad durante la pandemia por COVID-19, los premios se entregan en la Sede del Colegio de Enfermería de Lugo.

En la categoría científica, general, artículo científico desiertos por falta de trabajos.

Primer premio accésit alumnos de la escuela de enfermería de Lugo, al trabajo titulado "Pornografía e a súa repercusión na saúde sexual", la autora es Ana Álvarez-Ron Fernández.

Segundo premio accésit alumnos de la escuela de enfermería de Lugo, al trabajo titulado "Os efectos da Covid-19 na Saúde Mental da mocidade española", la autora es Nerea Moreira García.

Nerea Moreira García.

Curso acupuntura

Redacción.

Curso vía aérea

Redacción.

Javier Saavedra Balseiro

Autor: Isidoro Rodriguez Pérez.

Teño que dar unha breve explicación ao motivo desta entrevista atípica. Vai xa para dous anos estaba tentando poñerme en contacto con Javier co gallo de falar duns temas que tiñamos pendentes (histórico-antropolóxicos) resultoume imposible, polo que finalmente conseguín contactar, a través do Hospital, con Mayte Saavedra a nosa compañeira no laboratorio do Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Souben así do pasamento de Javier, tan so uns meses antes. Propúxenme que os proxectos previstos non quedasen truncados por esta circunstancia. Así a familia de Javier delegou na súa neta Carlota, para que servise de interlocutora nesta "nova" forma de traballar para que os seus coñecementos e o seu "espíritu enfermeiro", que representa ao sentir de moitos compañeiros non quedase perdido e puidésemos transmitilo ás novas xeracións. O Primeiro paso foi a doazón desinteresada da familia do seu arquivo que dado o seu volume vai constituír un Fondo que leva o seu nome, dentro do ***Arquivo histórico do COEL,*** *recentemente posto en marcha e que teño a honra de dirixir por encargo da Xunta de Goberno do Colexio de Enfermaría de Lugo e da Asamblea do presente ano 2021.*

Vaia por diante, a súa familia, a miña gratitude persoal e a das enfermeiras/os, para que este vello soño, que tivemos un día, sexa hoxe unha realidade, especialmente a súa neta.

Carlota Vivero Saavedra, neta de Javier é a interlocutora, que nos serve de nexo de unión entre Javier e máis eu, na hora de elaborar esta entrevista non poido ser no seu momento, pero que eu me sentía obrigado a realizar, debido á visión moderna, innovadora e actualizada deste compañeiro, sempre a vangarda da enfermaría, coas ideas claras, sobre o que debe de ser a profesión e os profesionais. Gran coñecedor da Historia da Profesión na provincia de Lugo e co eu tiña planificado realizar unhas serie de intervencións nestes eidos, algo que non foi posible directamente, pero que de xeito indirecto si é unha realidade, dado que o seu pensamento e o arquivo que el foi construíndo ao longo do tempo hoxe está depositado no Colexio de Lugo, para que se poida cumprir os seus desexos.

O noso agradecemento a súa familia, pola xenerosidade que amosaron para co colectivo de enfermeiras/os, especialmente a Carlota pola súa participación directa e decisiva tanto na elaboración deste artigo como na cesión do material do fondo arquivístico.

Dous datos biográficos

Naceu en Lugo en plena Guerra Civil (1937).

Estudou enfermaría aos 40 años, na E.U.E de Santiago de Compostela. Comeza os seus estudos en 1977, ano no que a Escola de Santiago de Compostela comeza a súa andaina como Escola Universitaria de Enfermería. Sendo así que formou parte da primeira promoción de enfermeiros diplomados universitarios da Universidade de Santiago de Compostela (1977-1980).

Por que chegou a enfermaría?

Ao terminar os estudos no instituto cursou un año (ou máis, este dato está sen confirmar) de Medicina. Descoñecemos o motivo polo que abandonou estes estudos; o certo é que dende novo parecía sentir atracción polas profesións sanitarias.

A súa paixón polo mundo dos coidados enfermeiros tamén quedou reflectido no seu traballo de investigación, coa pretensión de *"rescatar del olvido",* segundo as súas palabras, a homes e mulleres que construíron esta profesión durante séculos.

Estudos postgrao

Diplomouse en Saúde Pública *pola Escuela Nacional de Sanidad*, en 1988 entre moitos outros cursos.

Outros estudos

Antes da enfermería estudiara peritaxe mercantil na *Escuela de Comercio de Lugo* e Maxisterio na *Escuela Normal, tamén de Lugo.*

Podemos dicir que se dedicou á docencia durante toda a súa vida. Empezou sobre os 16 años dando algunhas clases no Colexio Laurido e anos despois, xunto coa súa dona, Fina, abre una academia no seu propio domicilio na que impartían clases de diferentes materias.

Dende que ano exerce enfermaría

Ao terminar os estudos na Universidade de Santiago empeza facendo substitucións en diferentes lugares da provincia. En 1981 incorpórase como *Practicante titular da Casa de Socorro Municipal de Lugo* (situada na rúa Río Neira) facendo compatible con outros traballos. Alí atendíase unhas horas (con recursos escasos e nunhas

instalacións moi precarias) ás persoas que figuraban no padrón de beneficencia do Concello de Lugo e algunhas urxencias que puidesen presentarse.

A familia e as amigas/os

Estaba casado con Josefa (Fina), mestra e auxiliar de enfermaría que exerceu no Hospital Xeral de Lugo pola década dos 90.

Tiveron dúas fillas: Mayte Saavedra (Técnico de Laboratorio no HULA), e Mª José Saavedra.

Carlota Vivero Saavedra é filla de Mayte (Graduada en Socioloxía, e que recentemente realizou un importante traballo para o COEL, sobre os Centros socio-sanitarios na provincia de Lugo) e herdeira "intelectual" de Javier ao que estaba moi unida.

Javier era unha persoa familiar, preocupado pola súa dona e as súas dúas fillas, responsable e prudente. Orgulloso da súa descendencia.

Pero sobre todo gustáballe a conversación, e polo tanto os parladoiros a súa paixón comunicar e comunicarse; era sociable e con moitas inquietudes, podemos definilo familiarmente como un *bulebule*.

Outras facetas persoais ou profesionais (gustos, afeccións…)

As súas grandes afecciones foron o cine maila fotografía. Na súa xuventude dedicouse ao cine afeccionado e formou parte do grupo *"Punto de mira"* que produzo varios filmes, algúns deles premiados. Como anécdota, comentar que gran parte das fotografías que incluía no seu traballo na sección "Enfermaría nos tempos" da publicación **Enfermeir@s** revista do COEL, realizábaas el mesmo e dedicaba moito tempo a seleccionalas e retocalas en caso de que o considerase necesario. Poñía mucho empeño en coidar eses detalles.

Experiencia laboral

Durante os seus primeiros anos vive o proceso de consolidación do Estado de Benestar, que no ámbito sanitario supuxo o paso dun sistema asistencialista ao actual sistema de sanidade universal. Coa aprobación da *Ley General de Sanidad* (1986), o Decreto de Universalización (1989) y a derrogación da Ley de Beneficencia de 1849 en 1991, implicaron o fin das "casas de socorro", así que, en torno ao año 1988, abandona a Casa de Socorro Municipal de Lugo. Tras pasar á Delegación provincial da Consellería de Sanidade, en 1991 consigue una praza de practicante de APD co Concello de Rábade. En 1995 trasladase a veciña cidade de A Coruña para traballar no Ambulatorio de San Vicente de Paúl,

Javier Saavedra e Isidoro Rodríguez na Festa do Patrón 1986.

Javier en el Centro de Salud de Rábade (1993).

onde se xubilou no ano 2000. Con todo continuou na enfermería, ocupado muchos años más, como estudoso e investigador da historia da profesión , impartindo relatorios e conferencias e colaborando coas publicacións do COEL.

Experiencia docente na Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo

Impartiu clases na Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo entre 1987 e 1991, as súas materias Saúde Pública, Enfermería fundamental e Enfermería xeriatría.

No ano 1980 o *Instituto Nacional de la Salud (Insalud)* propietario da Escola de Enfermaría de Lugo, comeza a cuestionar a viabilidade dalgunhas escolas de enfermaría. Realizando varios intentos por pechar o centro, xa no curso 1979/80, o que deu lugar a unha importante resposta social da cidadanía. Nunha noticia de El País de 1984[1] pódese ler que o Insalud consideraba á Escola lucense unha "fábrica de parados" e súa intención

1. "El Insalud revoca su proyecto de cerrar la escuela de enfermería de Lugo" (El País, 27 septiembre 1984)

era pechala. Para evitalo, novamente houbo mobilizacións de estudantes e profesores que concienciaron á poboación civil da importancia de manter este centro aberto, traballouse na modernización da Escola mailo recoñecemento da docencia enfermeira. Así, entre outras cuestiones, incorporouse novo profesorado enfermeiro a un equipo docente que, por aquel entón, era maioritariamente médico, este é o motivo pola Javier se incorpora ao cadro docente.

Relacións co COEL

A súa relación co Colexio de Enfermería de Lugo foi moi estreita, tanto durante súa vida laboral como despois da súa xubilación. Foi Secretario do COEL entre 1988-1992. A súa implicación coa organización colexial ven dende 1984, durante varios años, encargouse da organización e programación de cursos de Formación Continuada, foi membro do Consello de redacción e director da revista colexial **Madureza**. Cando se xubilou empezou a traballar na recuperación e investigación da historia de la enfermería lucense e coruñesa, parte da súa investigación publicouse en Enfermeir@s, nunha entrevista para esta publicación no 2004 dixo que, se publicara ou non, o seu traballo estaría sempre á disposición do Colexio, o que evidencia o seu aprecio por esta entidade.

A súa traxectoria profesional estivo marcada polos cuidados culturais da enfermaría

A súa traxectoria laboral oficial, estivo circunscrita ao ámbito da enfermaría comunitaria e a Atención Primaria, non se sentía atraído polo mundo do hospital. Desfrutaba do contacto continuado cos enfermos e gustáballe a posibilidade de establecer relacións máis personalizadas e humanas con eles, o seu modelo de atención seguía unha liña holística e os modelos culturais de enfermaría, a pesares de que non eran coñecidos e estaban por desenvolver no Estado español, con todo el exerceunos de xeito intuitivo. Sentíase e era valorado, tanto polos usuarios dos seus servizos de enfermaría como polos colegas que tivemos a sorte de traballar nalgún momento con el nalgunha das súas múltiples facetas enfermeiras.

Que visión tiña da enfermaría como disciplina

Polo que podemos recoller da súa intervención no día do Patrón en 2004, para el a entrada da Enfermería na Universidade foi clave para unificar teoría e praxe e polo tanto, servir mellor á sociedade

Javier cría na necesidade de que á Enfermaría lle fose recoñecida a súa autonomía profesional e o seu propio espazo de acción, algo no que, se avanzou moito pero aínda queda moito por facer.

Cabe salientar o seu desexo de que os contidos curriculares na formación enfermeira prestaran maior atención ao aspecto histórico e antropolóxico da enfermaría. Para el era importante, no só polo aporte humanístico, senón por que pensaba que comprender as raíces da enfermería posibilita o afianzamento da propia profesión.

Carlota, portavoz da familia, non quere deixar pasar esta ocasión para transmitirnos o espírito do avó, polo que damos por rematados así estes parágrafos.

Quisiera agradecer el cariño del Colegio y sus colegas y recoger unas palabras del propio Javier en aquella entrevista con Enfermeir@s en 2004: "Porque no debe olvidarse que la enfermería, además de una profesión, es un modo de vivir; si se me permite usar palabras de Virginia Henderson, es un servicio que recompensa emocional e intelectualmente a aquellos que lo prestan; que en eso consiste, a mi modo de ver, la sutil diferencia entre profesión y oficio, y ¡qué duda cabe!, no es oficio fácil para ejercerlo sin vocación".

Saúde psicolóxica

María Rodríguez Trigo • mrtrigo1977@gmail.com

A saúde é un estado de completo benestar físico, mental e social, e non so a ausencia de afecciónes ou enfermidades di a OMS. Cantas veces terei escoitado esta frase. No colexio, naqueles tempos a EXB, as materias a estudar eran entre outras: educación física, sociedade, natureza, matemáticas pero, onde estaba a educación psicolóxica ou mental? Esta ausencia do estudio e comprensión de como somos, como nos formamos psicoloxicamente non debe ser algo casual, senón, estaría sen máis. Para que a roda do sistema de consumo e capitalista funcione non convén que o pensamento crítico estea na maioría de nós, din. Pode ser. Fronte a isto eu opino que dende pequenos deberiamos estudar unha materia que tería que ser principal e estar presente durante toda a vida: Coidar. Coidar dos demais, dun mesmo, da natureza , dos animais, da saúde física, psicolóxica, espiritual ou de alma… Coidar.

Daquelas a atención psicolóxica tampouco estaba moi accesible. Nalgún momento seica soara a idea de que

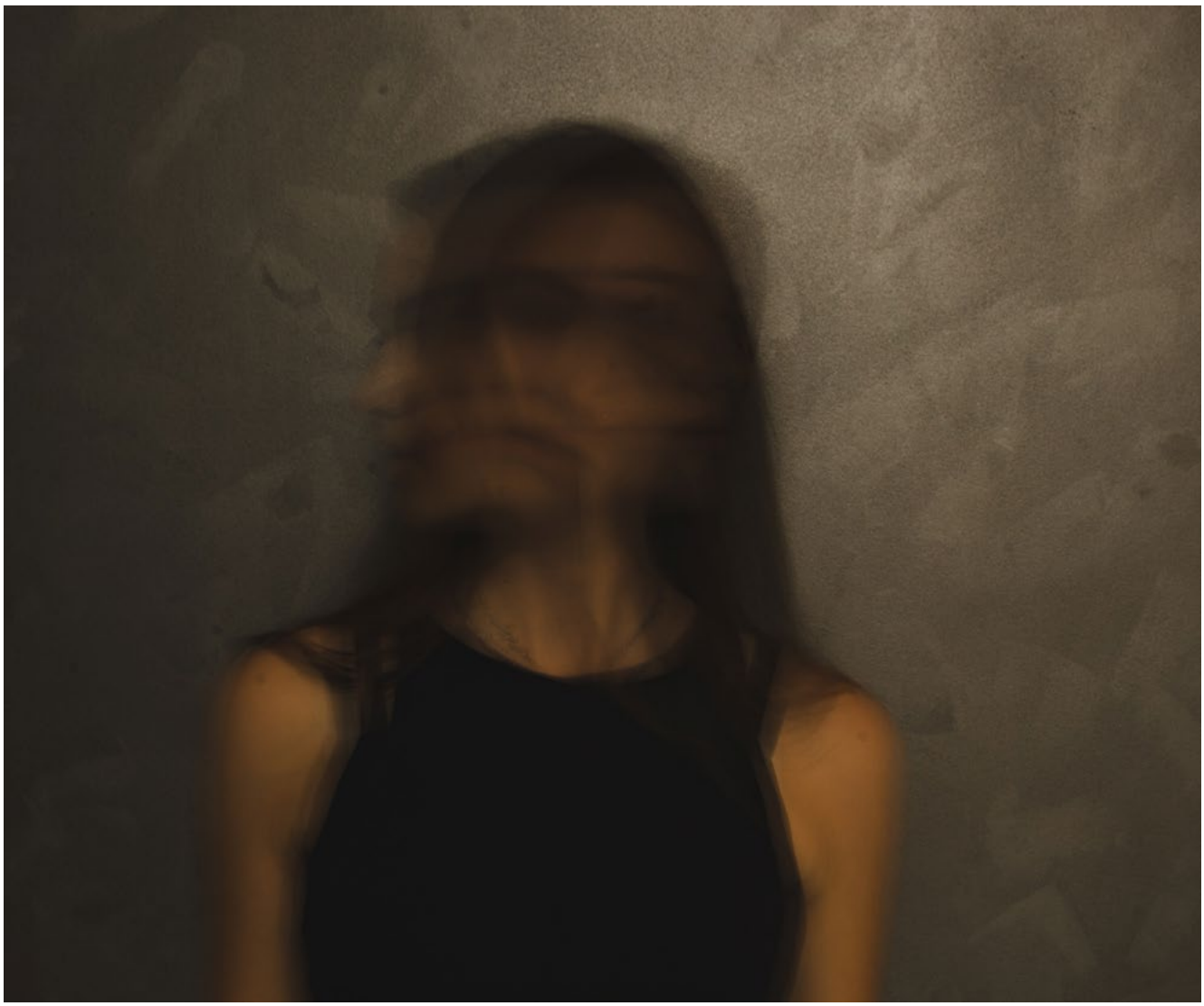


Foto: Liza Polyanskaya (unsplash.com).

nos centros de saúde, dentro do equipo básico, debería estar presente a Psicoloxía. Pero quedou en proxecto. Porqué? Se ó lado da consulta de enfermaría e de medicina de familia estivese a de psicoloxía, como nos iría o conto? Poder acceder dende cativo a este servizo tan importante de igual xeito que iamos ó medico. Un lugar onde poder traballar eses problemas que temos todos/as na vida cotiá e que causan tanto sufrimento. Poder traballar con outras persoas con método aqueles malestares que forman parte do colectivo social.

Nacín no ano 1977. Se me paro a pensar en que momento se me presentou a posibilidade de poder consultar con profesionais da psicoloxía, digamos que: nin no colexio, nin no centro de Saúde, tampouco no instituto, nada que dicir da universidade. Foi na miña primeira revisión xinecolóxica. Casualmente un psicólogo estaba abrindo a historia e comentou que si nalgún momento precisaba axuda alí podía ir. E fun. Tiña moito estrés no traballo e moita sobrecarga por coidado familiar. Foi unha grande experiencia. Unha das conclusións ás que cheguei e que me baixaron o nivel de estrés, foi entender que o que me acontecía no traballo non era culpa miña senón dunha mala organización en xeral. Saín reforzada daquelas sesións. Anos despois foi máis doado pedir cita para unha psicoterapeuta coa que traballei para baixar estrés e controlar a ansiedade.

Por que a saúde psicolóxica está tan asociada á patoloxía? Como non estivo presente o seu coidado en máis ámbitos da nosa vida? Quero pensar que no 2021 a presenza da Psicoloxía en colexios, centros de saúde, mesmo en centros de traballo é máis habitual.

Co tema da pandemia saltou ao primeiro plano o mal que estamos psicoloxicamente. Cursos de formación abordando o tema. Como se non tivésemos antes esta necesidade!!! Dende o Colexio de Enfermaría de Lugo chegou a posibilidade de anotarse nun proxecto do Colexio Oficial de Psicoloxía de Santiago dende o Espazo de Autocoidado: "Programa de mindfulness e compaixón". En certo modo propiciado pola pandemia. Anoteime sen dubidar, 8 sesións de dúas horas onde chegaron a participar 664 persoas na primeira sesión. Caramba quizais a necesidade non é so miña e é unha necesidade colectiva. Foi a primeira vez que me sentín parte dun programa de atención comunitaria. Teño 44 anos e a min a atención primaria tenme esquecida. Foi unha experiencia enriquecedora e moi potente. As profesionais que o levaron a cabo fixérono con moita dedicación e profesionalidade. Eu pensaba, este tipo de actuacións deberían estar dende sempre.

O importante son os resultados e certamente axudoume para conseguir entrar no hospital, o meu lugar de traballo, sen sentir tanta angustia. En Marzo de 2020 a desprotección sufrida xerou unha desconfianza ante as persoas responsables de xestionar unha situación que nos poñía en perigo. No meu caso coincidiu co agravamento de miña nai cun importante deterioro cognitivo. Veñen a miña mente os recordos:" Denegados permisos para poder coidar dela. Resoan con certa intensidade as palabras da directora de enfermaría minutos despois de entregar a miña solicitude de excedencia por coidado familiar, case sen lela: *"esto no te lo vamos a conceder, tendrás que contratar a alguien que la cuide"*. O médico non quere darme a baixa laboral. Crise de ansiedade no cambio de quenda. Unha compañeira ofreceuse a facerme a noite…" A miña mente en modo supervivencia.

O último curso que estou a facer "Trauma psíquico, duelo e resilencia tras emergencia sanitaria" mostroume que toda aquela situación foi traumática. Pasou un ano. Grazas a todos os cursos de autocoidado, mindfulness, consigo entrar no hospital sen hiperventilar. Pero controlar os síntomas non é a solución, o importante é actuar nas causas. A sobrecarga no traballo nos diferentes servizos, nuns máis que noutros, nun principio podemos pensar que é por desorganización, pero cando xa levas 10 anos traballando nunha planta de hospital claramente ves a necesidade. Servizos que non chegan o mínimo persoal para coidar sen enfermar é unha realidade que non queren resolver, mostra da incompetencia que vivimos por estes lares. Cando é prioritario. Pinga a pinga vai enchendo o vaso e debilitando. Si, é importante parar e facer respiracións diafragmáticas para controlar as nosas emocións pero, para que?, para resignarse e resistir ou para aceptar e intentar modificar o que nos asfixia xerando novos escenarios máis lóxicos e saudables. Oxalá.

O ano que a OMS dedica á enfermaría materialízase nunha escultura en Lugo

Fernández-Candal, Marcos; Pérez-Doncel, Belén; López-García, Lucía; Fernández-Aparecida, Ana Laura[1]; Rodríguez-Pérez, Isidoro[2]

1. Alumnado Obradoiro de Escritura e Comunicación I da Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo adscrita á USC;

2. Profesor Coordinador Obradoiro de Escritura e Comucación I

O Colexio Oficial de Enfermería de Lugo, para finalizar as actividades do programa *Nursing Now,* quixo inmortalizar a presenza da profesión enfermeira en Lugo coa inauguración dunha obra escultórica.

A obra, situada na rúa San Fernando á beira da Igrexa de San Frolián, tiña prevista a súa presentación para o ano 2020; co gallo da declaración de dito ano como ano da enfermaría pola Organización Mundial da Saúde (OMS). Porén, esta actividade tivo que ser retrasada debido á pandemia. Dita peza artística, de algo máis de 2 metros de altura, amosa o torso dunha enfermeira alargando unha man en actitude de axuda, mentres que a outra man está apoiada no mundo, sustentado por sete piares da profesión: *ciencia, empatía, fortaleza, conciencia, responsabilidade, integridade e humanismo.*

A escultura foi realizada polo escultor José Molares, nacido en Vigo no ano 1961. José dedicou gran parte da súa obra, nunha traxectoria profesional de arredor de 30 anos, á figuración e centrou a súa arte na persoa, reflexando todas as súas facetas, dotando ás súas esculturas dunha distinguida naturalidade e expresividade. Dentro da súa ampla variedade de obras públicas destaca (entre outras) a dedicada a Ricardo Carballo Calero en Santiago de Compostela .

O evento de descubrimento desta fermosa escultura celebrouse na cidade de Lugo o venres 19 de novembro de 2021 ás 11:45 horas. Contou coa presencia de autoridades civís, militares e sanitarias da provincia de Lugo entre os que se encontraban: Lourdes Bermello, Presidenta e Eva Gómez, Elena Cabana, Silvia Folgueiras, membros da Xunta de Goberno do COEL, Carlos Barceló, Comandante da Garda Civil, José Tomé Presidente da Deputación; Lara Méndez Alcaldesa de Lugo; Miguel Fernández e Olga Racamonde concelleiros de Lugo; Isidoro Rodríguez, Presidente da Academia de Enfermaría de Galicia; Ramón Ares, xerente da Área Sanitaria de Lugo, Cervo e Monforte; Juan Peña e Angeles Dono, subdirectores de enfermaría, da área Sanitaria de Lugo, Cervo e Monforte; Pilar Penela e Mª José Ferreira, Directora e Secretaria Académica da Escola de Enfermaría de Lugo respectivamente, Nazaret Gómez Directora da Revista Enfermeir@s, Elena Matos, directora de enfermaría do Hospital Ribera Polusa; José Luis Díaz López, enfermeiro que no seu día foi Director da EUE de Lugo; Mª Teresa González Rigueiro, enfermeira (95 anos), Xefa de Enfermeiras do primeiro ambulatorio de Lugo no ano 1957; unha representación de Enfermeira Saturada (Héctor Castiñeiras) que non puido asistir persoalmente, Jesús Vázquez, Presidente da Federación de Veciños; Carmelo Barrios, Delegado de AMA en Lugo; escusaron a súa presencia a Subdelegada do Goberno e a Vicerreitora da USC en Lugo. Entre o publico puidemos contemplar baixo as máscaras caras de enfermeiras e persoal sanitario entre cidadáns que se sumaron a esta efeméride.

O acto de inauguración da escultura comezou cun discurso de Isidoro Rodríguez Pérez, Presidente da Academia de Enfermaría de Galicia, quen estivo en-

Alumnos do Obradoiro de Escritura e Comunicación da Escola de Enfermaría de Lugo, autores deste artigo.
Foto: Kilian.

cargado das funcións de mestre de cerimonias, realizando a presentación das autoridades presentes no acto. No seu discurso, Isidoro Rodríguez, contextualizou historicamente a área na que se situou a figura, resaltando a función que tivo este espazo dende 1621 coa creación do primeiro hospital xeral de Lugo, o *Hospital de San Bartolomé*, e as diferentes entidades que o administraron (Cabido, Catedralicio e Concello, Orde dos Obregones, ou orde San Juan de Dios, entre outras). Asemade, referenciou a posta en marcha do Cuartel de Inválidos Inhábiles de San Fernando en 1790 (como centro hospitalario), a ampliación destes centros coa Casa de Peregrinos, a construción en San Marcos do Hospital de Isabel II en 1874 e, xa no 1957, a posta en funcionamento do Ambulatorio da Seguridade Social, que a día de hoxe segue a desempeñar as funcións sanitarias como Centro de Saúde. Rematou súa intervención resaltando, a maiores, que no presente ano se celebra o aniversario da presenza enfermeira documentada na cidade de Lugo: "400 anos de vida da enfermería neste pequeno espazo da cidade, que hoxe nos serve para render homenaxe ás enfermeiras e enfermeiros da provincia de Lugo".

Acto seguido, tomou a palabra a Presidenta do Colexio de Enfermaría de Lugo, Lourdes Bermello López. Comezou agradecendo o traballo e a dedicación do escultor Jose Molares á vez que aludiu á comisión na que o Colexio de Enfermaría depositou o encargo, formada por José Luís Díaz López, María Jesús Regueiro Burgo, Adolfo de Abel Vilela, Isidoro Rodríguez e ela mesma, os artífices da idea. Afirmou que "a historia da profesión é o que se pretende plasmar na obra", transmitindo o esforzo e profesionalidade das enfermeiras e enfermeiros, dando visibilidade sobre todo á característica da proximidade da profesión, a súa pre-

Autoridades descubrindo a escultura de Jose Molares. Foto: Kilian.

sencialidade, como *din as mozas e mozos agora 24/7* para significar que "sempre está e estará a beira da persoa, das familias e da comunidade".

A continuación, interveu o Presidente da Deputación Provincial de Lugo, José Tomé Roca, quen referiu o ano 2020 como unha época marcada por unha crise sanitaria a nivel mundial sen precedentes que, definitivamente, puxo a proba a fortaleza do noso sistema sanitario. Ademais, eloxiou o traballo dos profesionais como un desempeño sempre exemplar, referíndose a eles como *verdadeiros heroes e heroínas*, a pesar de estar moi repetida esta frase, pero demostraron que as os enfermos illados nos hospitais contaron coa presenza ao seu lado dun profesional da enfermaría, incluso no momento do seu pasamento, facendo que non finaran sos. En relación á escultura, sinalou que tamén se quere reflectir nela ese recoñecemento social á profesión, para que ninguén esqueza todo o que enfermeiras e enfermeiros fixeron durante 400 años documentados de enfermaría nesta praza, o cal quedou patente unha vez máis no ano 2020. Finalmente, apuntou que "También el arte en los espacios públicos embellece y humaniza una ciudad".

De seguido Lara Méndez López, alcaldesa de Lugo, rememorou cando, a finais de 2019, a presidenta do Colexio de Enfermaría presentou este proxecto con obxecto de que a administración do Concello colaborase no recoñecemento lucense á profesión enfermeira. Así mesmo, resaltou a importancia de levar a cabo este proxecto despois da situación pandémica e, por suposto, de ser declarado o 2020 ano Internacional da Enfermaría pola OMS. Fixo un chamamento á precaución e a seguir coidándonos, apoiándonos no sistema sanitario que temos e aprendendo a valoralo: *"Hoy más allá del merecido reconocimiento a la profesión enfermera, se revaloriza la importancia del bienestar,*

Placa conmemorativa na base da escultura, de bronce oxidado, promovida polo COEL. Foto: Kilian.

de seguir reforzando la atención primaria fundamental y de reivindicar el sistema sanitario", apuntaba a alcaldesa. Non vai ser o único recoñecemento aos profesionais da saúde, xa que o día 30 de novembro se lles entregarán unhas medallas de ouro pola súa labor nos anos 2020-2021.

Rematou as intervencións a Presidenta do COE Lugo agradecendo ás institucións da Deputación Provincial e ao Concello de Lugo que se sumaron ao recoñecemento da OMS como ano Internacional da Enfermaría participando na financiación da escultura, así como outras entidades como a compañía de seguros AMA.

No momento de redactar estas liñas e facendo unha análise *"a bote pronto"* faltounos a presenza neste acto de recoñecemento á labor enfermeira dalgunhas institucións e colectivos relevantes na provincia de Lugo.

Salientar que o acto finalizou co descubrimento da figura por parte da presidenta do Colexio, a Alcaldesa, o Presidente da Deputación e mais de María Teresa Gónzalez Rigueiro, sendo aplaudido por tódolos alí presentes, deixándonos a mensaxe: *"Enfermaría, á túa beira, coidando de ti"*.

Un estudio analiza la relación médico- paciente

Portela Gayoso, Lorena; Suarez Menéndez, Andrea; Mouriño Dopazo, Lidia; Vázquez Rodríguez, Jesus[1]; Rodríguez Pérez, Isidoro[2]

1. Alumnas del Obradoiro de Escritura e Comunicación y de Antropoloxía da Saúde de la Escola Universitaria de Enfermaría de Lugo.

2. Profesor coordinador del Obradoiro de Escritura e Comunicación y de la materia de Antropoloxía da Saúde la Escuela de Enfermería de Lugo.

En la Escola de Enfermaría de Lugo, dentro del aula de Antropoloxía da Saúde, tuvimos el placer de compartir una sesión con el doctorando José Alfredo Valín Méndez.

José Alfredo es diplomado en enfermería por la Universidad de Santiago de Compostela (USC), Licenciado en Antropología Social y Cultural por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y en la actualidad se encuentra finalizando su tesis doctoral.

Durante su intervención nos expuso brevemente en qué consiste su tesis doctoral, así como, todos los pasos de investigación que llevó a cabo para poder obtener la información necesaria. Alfredo Valín realizó su etnografía sobre las relaciones que se establecen entre el médico y el paciente, llegando a la conclusión de la gran influencia que tienen las TIC en esta relación. Para llegar a esta conclusión, el antropólogo realizó un estudio en el Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) durante más de 10 años.

Intervención del profesor invitado, el doctorando Alfredo Valín Méndez, en el aula de Antropoloxía da Saúde.

En su exposición Alfredo Valín nos explicó los pasos de cómo desarrolló la etnografía de su tesis doctoral. El investigador utilizó muchos instrumentos propios de la antropología entre los que destacan el diario y el cuaderno de campo, dos materiales que constan de una gran importancia en la práctica antropológica. Otros instrumentos, que utilizó, no menos importantes, fueron la observación participante, las entrevistas, las entrevistas en profundidad y cuestionarios, que le proporcionaron una gran cantidad de datos para analizar. También destacó la gran importancia que tienen los porteros, informantes y padrinos para el desarrollo de su trabajo.

Alfredo Valín también expuso de una manera clara y concisa el modelo humanista y el transhumanista, junto con los aspectos positivos y negativos de las TIC. Argumentó de de forma insistente sobre la importancia del trato humanista del paciente y como este se ve afectado con el uso de las TIC.

En la charla nos dio a conocer las conclusiones que saca de su tesis, entre las que se puede destacar, *la gran importancia del paciente, como persona de gran vulnerabilidad y fuente principal de información acerca del padecimiento.* Por otra parte, también nos afirmó el conflicto ético que existe acerca de los derechos del paciente y de la asistencia sanitaria debido a la contraposición del humanismo con el transhumanismo.

Tras su disertación el enfermero-antropólogo respondió a todas nuestras preguntas y nos dedicó unas palabras amables para alentarnos a seguir con la antropología. Nos invitó a dejar la vergüenza de lado, a practicar la observación participante y a observar todo, pues cualquier lugar es bueno para observar, aprender, reflexionar y cuestionar todo acerca del mismo.

Esta sesión, resulto de gran importancia para nosotros, por poder ver plasmado el desarrollo practico de las herramientas antropológicas, estudiadas durante este cuatrimestre en esta materia de Antropoloxía da Saúde y que nosotros tendremos que aplicar para elaborar nuestro trabajo de evaluación de la materia. Por otra parte, vino a reforzar la idea de la importancia de esta disciplina para el desarrollo diario de la profesión enfermera, ofreciendo una perspectiva diferente a la vez que enriquecedora de la enfermería.

Vaya desde aquí nuestro agradecimiento tanto a nuestro profesor como a este relator invitado por acercarnos a estos modelos de los cuidados culturales que vienen desarrollándose en todo el mundo desde la década de 1950 siguiendo las teorías de Madeleine Leininger.

La vacunación de la gripe estacional en las gestantes y puérperas

Cristian Martín Vázquez, Matrón
cristianmatrona@gmail.com (@matronasenais)

Laura Rosón Matilla, Matrona
laurarosonmatilla@gmail.com (@matronasenais)

RESUMEN

Las mujeres embarazadas y los neonatos son grupos de población en riesgo de complicaciones y hospitalización relacionadas con la gripe estacional. La infección por el virus de la gripe durante el primer trimestre de embarazo se ha asociado a un aumento de malformaciones cardiacas, labio leporino y defectos del tubo neural y durante el segundo y tercer trimestre a un mayor número de abortos y partos prematuros. Otros autores añaden, además, retraso en el crecimiento del niño. La vacunación ha demostrado ser un factor de protección frente a varios de estos problemas y enfermedades respiratorias, además es segura en cualquier trimestre del embarazo, De forma general se recomienda la vacunación a las gestantes y puérperas (hasta 6 meses de vida del neonato). La vacuna ha demostrado ser segura para la mujer y el feto. Los efectos secundarios son poco frecuentes y cuando aparecen suelen ser locales y/o de carácter leve.

La Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad y el Servizo Galego de Saúde (SERGAS) declaran a este colectivo prioritario para la vacunación contra la gripe estacional. Este año el SERGAS ha realizado una campaña de vacunación secuencial pudiendo acceder estas mujeres a la vacuna a partir del 14 de noviembre.

Palabras clave: mujeres embarazadas; recién nacido; vacuna contra la Influenza; educación para la salud.

ABSTRACT

Pregnant women and newborns are risk groups for complications and hospitalization related to seasonal flu. Influenza virus infection during the first trimester of pregnancy has been associated with an increase in heart malformations, cleft lip, and neural tube defects, and during the second and third trimesters, an increase in abortions and premature births. Other authors also add delay in the child's growth. Vaccination has proven to be a protective factor against several of these respiratory problems and diseases, and it is also safe in any trimester of pregnancy. In general, vaccination is recommended for pregnant women and postpartum women (up to 6 months of life of the newborn). The vaccine has been shown to be safe for the woman and the fetus. Side effects are rare and when they appear they are usually local and/or mild.

The World Health Organization, the Spain Ministry of Health and the Servizo Galego de Saúde (SERGAS) declare this group a priority for vaccination against seasonal flu. This year SERGAS has carried out a sequential vaccination campaign, these women being able to access the vaccine as of November 14.

Keywords: Pregnant women; Newborn; Influenza vaccines; Health education

INTRODUCCIÓN

La gripe es una enfermedad infecciosa respiratoria producida por el virus *Influenza*. El virus se transmite con facilidad propagándose rápidamente por vía respiratoria.

Las personas que contraen la gripe a menudo presentan algunos de los siguientes síntomas:

- Fiebre
- Dolor de garganta
- Mucosidad nasal
- Tos seca
- Cefalea
- Dolor muscular
- Cansancio

En la mayor parte de las ocasiones estos síntomas ceden en una o dos semanas, sin embargo, en determinados grupos de riesgo, como las mujeres embarazadas, pueden desarrollarse complicaciones más graves como son la **neumonía, sinusitis, otitis** y algunas complicaciones neurológicas menos frecuentes.

Los síntomas de la enfermedad comienzan de 1 a 4 días tras la entrada del virus al organismo. Algunas personas se infectan por el virus de la gripe, pero no desarrollan la enfermedad, sin embargo, estas personas si pueden transmitir la enfermedad a otros.

COMPLICACIONES

La morbilidad e incluso mortalidad que puede ocasionar la gripe durante el embarazo es similar a la descrita para otros grupos de riesgo, pero mayor que en la población general. La infección por el virus de la gripe durante el primer trimestre del embarazo se ha asociado a un aumento de malformaciones cardíacas, labio leporino y defectos del tubo neural, y durante el segundo y tercer trimestre a un mayor numero de abortos, partos prematuros y bajo peso al nacer.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Como agentes de salud y como personal referente en la prevención y promoción de la salud debemos informar de las medidas generales además de la vacunación:

- Taparse la boca al toser o estornudar, preferiblemente con pañuelos desechables.
- Lavarse con frecuencia las manos, sobre todo después de haber tosido o estornudado.
- Procurar no reutilizar los pañuelos empleados al estornudar o al limpiar las secreciones nasales.
- Limitar el contacto, en la medida de lo posible, con otras personas si se tiene malestar, fiebre u otros síntomas gripales para evitar contagiarlas.
- Evitar el contacto con personas enfermas para evitar que nos contagien.

VACUNACIÓN DE LA GRIPE EN EMBARAZADAS

Las mujeres embarazadas en cualquier trimestre de la gestación y durante el puerperio (hasta 6 meses tras el parto) que no se hubiesen vacunado en el embarazo

son consideradas población vulnerable o de riesgo y por lo tanto se les debe ofrecer la vacunación de la gripe a todas estas mujeres durante la campaña de vacunación de la gripe.

Se recomienda la vacunación en embarazadas en cualquier trimestre de gestación porque proporciona un triple efecto:

- Protección de la madre.
- Protección del neonato.
- Protección del lactante en los primeros meses de vida.

Este año se ha realizado una campaña secuencial, en el que estas mujeres han podido tener acceso a la vacunación a partir del 15 de noviembre de 2021. La vacuna indicada este año es la tetravalente Vaxigrip Tetra®. Esta vacuna se administrará a las gestantes vía intramuscular o subcutánea en el músculo deltoides.

En 2020 se vacunaron 7.792 mujeres embarazadas lo que supone una cobertura estimada del 68,25%, cumpliendo el objetivo del 60% y mejorándose en comparación con la campaña anterior.

Este año el SERGAS vuelve a ponerse como objetivo una cobertura vacunal del 60% en estas mujeres, por tanto nuestro trabajo como enfermeras y enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología es recomendar y ofrecer la vacunación a todas las mujeres que lleguen a nuestra consulta y cumplan estas características. El lugar indicado para la realización de la campaña será, de forma general, en la consulta de su matrona de AP, que le ofrecerá la vacunación en la consulta de control de embarazo o puerperio.

A partir del 29 de noviembre se ha abierto la posibilidad de la vacunación a los convivientes de personas de riesgo y resto de la población diana, por lo que todos los convivientes con mujeres embarazadas y puérperas (hasta 6 meses tras el parto) deberían vacunarse para proteger a esta población.

INMUNOGENICIDAD Y EFECTIVIDAD

La eficacia y la efectividad de la vacuna puede variar entre un 30-80 % dependiendo de la edad y de la inmunocompetencia de la persona, así como del grado de similitud entre los virus contenidos en la vacuna y los virus circulantes. Aun así, la vacuna de la gripe tiene un importante beneficio, ya que reduce la frecuencia de complicaciones secundarias y disminuye, asimismo,

el riesgo de hospitalización y muerte relacionada con la gripe en los mayores y en personas con condiciones médicas de riesgo. Después de la vacunación, la mayoría de los adultos jóvenes desarrollan títulos de anticuerpos que protegen frente a la infección de cepas similares a las incluidas en las vacunas.

EFECTOS SECUNDARIOS

Las vacunas antigripales no pueden ocasionar la gripe, ya que contienen solamente virus fraccionados no infecciosos o antígenos (inactivados). Las vacunas antigripales son seguras y efectivas en todos los grupos de edad.

Los efectos adversos son poco frecuentes y, cuando aparecen, suelen ser locales y/o autolimitados.

El efecto secundario más frecuente es la reacción local (dolor, eritema, induración) en el lugar de inyección, que dura menos de 48 horas. Las reacciones locales aparentes se resuelven espontáneamente entre 1-3 días tras su inicio y por lo general, son leves y raramente interfieren con las actividades rutinarias.

Con menor frecuencia (<10%), pueden ocurrir dos tipos de reacciones sistémicas:

- Fiebre, cefalea, malestar, mialgias y otros síntomas sistémicos, que se inician a las 6-12 horas tras la vacunación y persisten 1-2 días. Afectan más a menudo a aquellas personas no vacunadas con anterioridad.
- Con muy poca frecuencia pueden aparecer reacciones inmediatas (presumiblemente alérgicas), que se manifiestan como angioedema, asma o anafilaxis. Probablemente, estas reacciones se producen por hipersensibilidad a algún componente de la vacuna.

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES

- La vacuna no debe administrarse a personas con antecedentes de reacción anafiláctica severa a dosis previas o a algún componente de la vacuna.
- En caso de enfermedad febril severa concurrente, la vacunación debe diferirse hasta que remitan sus síntomas.
- No obstante, enfermedades menores con o sin fiebre no contraindican el uso de la vacuna de la gripe.
- La vacuna Vaxigrip Tetra® está exenta de látex.
- La vacunación NO está contraindicada en el período de lactancia materna; al contrario, está recomendada, pues evita riesgos a la madre y al niño.
- Esta vacuna está cultivada en huevo; sin embargo, existe evidencia suficiente para recomendar que las personas con historia de alergia después de la exposición al huevo pueden recibir vacunas frente a la gripe sin precauciones especiales. Las precauciones deben ser similares a las tomadas ante la administración de cualquier otra vacuna. En caso de haber presentado reacciones alérgicas graves o anafilaxis al huevo, la vacunación será realizada por personal con experiencia y se supervisará 30 minutos tras la administración.
- Las personas con trastornos de la coagulación o en tratamientos anticoagulantes pueden desarrollar hematomas en el lugar de la inyección. Esto no contraindica la vacunación y, de precisar una vacuna cuya vía de administración sea únicamente intramuscular, debe utilizarse una aguja fina (calibre ≤23 G) aplicando presión local sin frotar durante 2 minutos. Si está con tratamiento frente a la hemofilia o similar, se aprovechará para vacunar inmediatamente tras la administración del tratamiento. En todo caso, es aconsejable consultar con el especialista.
- La vacunación concomitante en el mismo día con otras vacunas de virus muertos o inactivados, por ejemplo DTPa, o con ARN-m , por ejemplo la COVID19, es posible siempre y cuando estas se administren en lugares anatómicos diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe campaña vacunación 2020. Servizo Galego de Saúde. Acceso 20/11/21. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6728/Informe_Campana_Vacinacion_Antigripal_2020.pdf
2. Preguntas y respuestas sobre la vacunación de la gripe en embarazadas. Servizo Galego de Saúde. Acdeso 20/11/21. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/embarazadas/docs/Embarazadas_Preguntas_respuestas_VacunacionGripe.pdf
3. Ficha técnica Vaxigrip Tetra®. AEMPS. Revisada en agosto/2021. Acceso el 20/11/21. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/81098/FT_81098.html
4. Bettinger JA, Greyson D, Money D. Attitudes and Beliefs of Pregnant Women and New Mothers Regarding Influenza Vaccination in British Columbia. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38:1045-52.
5. Thompson MG, Kwong JC, Regan A, Katz MA, Drews SJ, Azziz-Baumgartner E et al. Efectividad de la vacuna contra la influenza en la prevención de hospitalizaciones asociadas a la influenza durante el embarazo: un estudio de diseño negativo de prueba retrospectiva en varios países, 2010-2016. Clinical Infectious Diseases. 2019; 68(9): 1444-1453. Doi: https://doi.org/10.1093/cid/ciy737

¿Se puede bailar bajo la lluvia?

¿Hasta qué punto podemos ser felices al pasar por situaciones de crisis?

Autora: Jenifer Souto Pérez • jenifer.souto@hotmail.com

Desde hace años, hemos sido educados en que la felicidad es sinónimo de acumular bienes materiales y sociales. Por un lado, ganar suficiente dinero y que de esta forma podamos adquirir una casa en propiedad, un coche o una clase determinada de ropa sugieren el valor social que una persona adquiere en la sociedad. Si a eso le sumamos la creación de una familia tradicional, con descendencia y a poder ser con mascota, entonces habremos conseguido el canon de lo ideal. Es decir, se ha vinculado el concepto de felicidad a alcanzar una serie de requisitos que llevan a ser ciudadanos ejemplares y que están mucho más lejos de la ejemplaridad y buenos valores y más asociados al bienestar y consumismo que además se ven influenciados por las redes sociales y lo bueno que en ellas queremos mostrar, dejando a un lado esas partes más oscuras que rodean nuestras vidas.

Esto en sí supone ya un problema, pues no solo conlleva a que una determinada infelicidad por no alcanzar esos cánones de la perfección, algo que no se corresponde con la realidad pues, sabemos que existe la felicidad mucho más allá de tener mucho dinero o una casa ideal.

Pero… ¿Qué ocurre cuando no sólo la persona está lejos de ese ideal y además cae en una etapa de crisis? ¿Hasta qué punto podemos ser felices aun pasando por situaciones complejas? ¿Es posible cantar bajo la lluvia?

Como seres humanos, tenemos la capacidad de modificar nuestros comportamientos, manejar nuestras emociones y adaptarnos al entorno. Es lo que conocemos como flexibilidad psicológica y lo cual nos diferencia del resto de especies. Pongamos por caso, personas que sufren de patologías (como puede ser la ceguera adquirida) que les lleva a modificar su forma de vida o bien, cuando el problema es extrínseco a la persona y está relacionado con el contexto de la propia vida y, sin embargo, pasado un tiempo, son capaces de alcanzar niveles óptimos de felicidad.

El concepto clave para entender por qué somos capaces de adaptarnos a este tipo de situaciones tan variadas es lo que se conoce como Resiliencia. En la naturaleza, resiliencia es la capacidad de que un ecosistema vuelva a recuperar su estado previo antes de una catástrofe, en física es la capacidad de un objeto de recuperar su forma inicial tras recibir un golpe o deformación. En psicología, la resiliencia es la habilidad para sobreponernos psicológicamente a situaciones complejas, impidiendo que el malestar causado nos paralice y nos impida buscar soluciones. Significa adaptarnos y sobrellevar ese malestar. Significa bailar bajo la lluvia.

Tener un buen nivel de resiliencia, permite reajustar nuestras expectativas, aceptar cierto nivel de dolor emocional y activar por tanto el llamado "sistema inmune psicológico" que, tras un periodo de crisis nos ayudará a afrontar adversidades de la mejor de las maneras.

¿Es posible entonces conseguir regularnos emocionalmente y que podamos lograr ese estado de bienestar incluso en momentos de crisis? La respuesta es sí.

La primera de las claves está en la capacidad de introspección, de atención plena, en comprenderse a uno mismo, en atender a los propios pensamientos, obsérvarlos y dejar que se vayan poco a poco. Todas esas emociones debemos de regularlas, saber cómo nos sentimos lo hace fundamental para así lograr esta regulación.

Es importante que la adversidad nos sirva de impulso para aprender, afrontarlo como una posibilidad de desarrollo personal nos permitirá optar por el enriquecimiento y superación de la adversidad. Mantener una actitud positiva ante la vida es una necesidad.

La felicidad aparece cuando nos embarcamos en proyectos con significado vivencial y esto, no significa que la sociedad no tenga que luchar por conseguir logros que permitan que las necesidades básicas se vean satisfechas. Nada tiene que ver los procesos psicológicos individuales con los cambios sociales que ayudan a ganar control. Pero todo esto sin olvidar que la felicidad se construye y que no existen casillas preestablecidas para su consecución porque… Sí, se puede bailar bajo la lluvia.

Desarrollando la parcela de la enfermera de cabecera

Lucía Menéndez Menéndez, Enfermera Familiar y Comunitaria

RESUMEN

Integrados en un sistema que cada vez más tiende a la ultra-especialización y la multidisciplinaridad, entrevistamos a Edurne Mezquita, presidenta de la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias (SEAPA), para hablar sobre el rol de la enfermera familiar y comunitaria dentro del equipo de salud, su evolución a lo largo de los años, y de cómo las sociedades científicas participan de este proceso.

Palabras clave: "salud comunitaria", "atención primaria", "enfermería", "sociedades científicas"

ABSTRACT

Involved into a system that increasingly tends to ultra-specialization and multidisciplinarity, we interview Edurne Mezquita, president of the Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias (SEAPA), to talk about the role of the family and community nursing within the health team, its evolution over the years, and how scientific societies participate in this process.

Keywords: "comunity health", "primary health care", "nursing", scientific societies"

Edurne Mezquita Yarza es enfermera familiar y comunitaria en activo en el Consultorio Periférico El Berrón, perteneciente al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Enfermera profundamente comprometida con su profesión, actualmente completa su formación como doctoranda por la Universidad de Oviedo, al tiempo que preside la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias (SEAPA).

Edurne, cuéntanos, ¿De dónde surgen y cuál es el propósito de las sociedades científicas en enfermería? ¿En qué se diferencia vuestra aportación de la de un sindicato o un colegio profesional?

Las primeras sociedades enfermeras en España surgieron en la década de los ochenta del siglo pasado y fueron aumentando en número en los años posteriores.

Las sociedades científicas persiguen los objetivos de fomentar la investigación y contribuir al desarrollo de la ciencia para mejorar la calidad asistencial de sus profesionales, apoyar el desarrollo y promoción de sus respectivas disciplinas y actuar como interlocutores con la sociedad, la Administración y con otras entidades y organizaciones que configuran el sistema socio-sanitario.

En nuestro caso concreto, en SEAPA, nos dedicamos al campo de la Enfermería Familiar y Comunitaria. Somos una organización sin ánimo de lucro constituida por profesionales que de forma altruista y desinteresada decidimos implicarnos en el desarrollo de nuestra disciplina. La actividad que realizamos es muy variada: organizamos cursos y talleres de formación, celebramos jornadas y congresos que sirvan para divulgar el conocimiento, creamos ambientes de trabajo que promueven la reflexión y el debate, contribuimos en aquellos proyectos relacionados con las funciones y el papel de las enfermeras en el ámbito de la Atención Primaria (AP), participamos en actividades de educación para la salud con diversas organizaciones y colectivos, visibilizamos nuestra profesión y apoyamos las iniciativas que persiguen la mejora de cualquier aspecto de los mencionados anteriormente.

La característica distintiva respecto a los colegios profesionales y los sindicatos es precisamente nuestro ca-

rácter científico, aunque es cierto que las líneas que nos separan de éstas no son siempre nítidas. La actividad de las sociedades científicas muchas veces se adentra en espacios fronterizos con algunos aspectos laborales que son propios de los sindicatos o de ordenación de la profesión, en el caso de los colegios profesionales, en los que ambos campos se entremezclan al estar estrechamente relacionados.

Desde SEAPA habréis podido observar cómo el trabajo de las enfermeras de atención primaria ha ido evolucionando a lo largo de los años. ¿A qué crees que se debe este cambio, y de qué forma se refleja en la práctica?

El campo de los cuidados se ha transformado y con ellos el papel de las enfermeras en AP. Hoy sabemos que poner una vacuna no es dar un pinchazo. El Betadine© no cura todas las heridas. Pesar a los niños cuando hay un problema de obesidad infantil no es una solución. Escuchar a alguien no es quedarse callado. Esto no es casualidad, sino que es la consecuencia de movimientos más sutiles.

Por una parte, se debe a que el concepto de salud ha cambiado. Ahora lo entendemos como un estado de bienestar bio-psico-social, pero hasta hace unos años nos basábamos de un modelo biomédico centrado en la enfermedad orgánica, cuya visión de las personas no comprendía su complejidad ni la interrelación de las esferas psicológica y social. Hoy sabemos que la salud de las personas se construye en una comunidad. Por ende, cuando hablamos de aspectos como las condiciones de trabajo, la pobreza y el estado de las viviendas, estamos hablando de salud. Tampoco se nos escapa la importancia de la esfera mental. La soledad no deseada y el aislamiento que a veces conlleva tener una enfermedad, por ejemplo, también son aspectos de la salud. Para llegar a esta perspectiva se requiere una visión integral para la que se necesita conocer de cerca a quienes atendemos; dónde viven, en qué trabajan, si tienen hijos, si cuentan con personas que les puedan ayudar en caso de necesidad, si tienen dificultades económicas y cuáles son sus valores y creencias respecto a la vida y la muerte, entre otros. Todo esto cobra una importancia vital para una atención centrada en quien tenemos delante, bien sea una persona, una familia o una comunidad.

Esto que parece algo tan simple y sencillo, en realidad ha supuesto una revolución al determinar la forma de atención. Al implicar el abordaje de aspectos que antes quedaban al margen, las formas más clásicas de organización, el reparto por tareas y el trabajo centrado en las técnicas, ya no resultan eficaces. Pondré dos ejemplos en los que creo que estas cuestiones se ven con claridad. El primero es sobre de la deshabituación tabáquica. Tanto cuando este problema se aborda de forma individual como cuando se hace en grupo, no formulamos un contenido teórico fijo sin tener en cuenta las características de quien/es tenemos delante, sino que escuchamos cuáles son sus miedos, inseguridades o dificultades, preguntamos acerca de cuáles son las posibilidades económicas por si pueden condicionar la posibilidad de seguir un tratamiento farmacológico y establecemos un plan de cuidados basándonos en sus fortalezas, sus valores y sus hábitos de vida. Si no procedemos de esta manera, los cuidados probablemente no serán los más adecuados, ni el resultado exitoso. En segundo lugar, me referiré a los cuidados al final de la vida para diferenciar el trabajo centrado en el proceso en lugar de en técnicas aisladas. Si limitamos nuestra actuación a las técnicas, las curas de las heridas y las ulceras o a administrar la medicación prescrita, la mayoría de los aspectos que forman parte del proceso que está viviendo la persona en esta situación estarán quedando descubiertos. Hay que ir más allá: se necesita un acompañamiento, quizás hablar sobre los miedos o la muerte, aclarar las dudas acerca de los cuidados o los hábitos que pueden ayudar a tener una mejor calidad de vida o a sentirse más a gusto y comprender la pauta de medicación para saber qué alternativas hay ante el dolor, por ejemplo. Esta forma de actuar necesita formar un vínculo, algo que requiere tiempo y espacio, longitudinalidad y cercanía.

Aunque la atención individual en las consultas sigue siendo mayoritaria en nuestro quehacer diario, el foco de nuestra actuación se ha ido ampliando, abarcando la familia y la comunidad. Que las visitas domiciliarias y la actividad comunitaria vayan in crescendo no es casualidad. Si entendemos que la salud tiene determinantes sociales y culturales, para influir en ellos se necesitan otras metodologías que van más allá del tú a tú de la consulta. Las enfermeras estamos cada vez más presentes en la comunidad, colaborando con los centros educativos, impartiendo talleres sobre la RCP o sobre el autocuidado.

Por otra parte, los avances científico-técnicos han introducido nuevos métodos y prácticas como el índice tobillo-brazo con el Doppler o los injertos en sello.

Las enfermeras de los centros de salud atendemos procesos de diversa índole que pueden ir desde las curas de diferentes tipos de lesiones hasta el seguimiento de las personas con procesos de salud crónicos. Somos las referentes en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el "conti-

nuum" de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural. Formamos parte de un equipo multidisciplinar en el que contamos con un papel específico e irreemplazable. Colaboramos con otros profesionales, pero tenemos un campo propio.

Pasando a la más rigurosa actualidad, y teniendo en cuenta la época de intensos cambios que vivimos a raíz de la pandemia, ¿Cómo percibes que ha afectado este contexto a nuestra profesión? ¿En qué facetas nos ha hecho crecer o cuáles son los puntos sobre los que hacer revisión?

Creo que durante la pandemia hemos podido comprobar el avance de un modelo de Enfermería muy potente en AP, que ha colaborado con los centros educativos y las residencias socio-sanitarias en la gestión de las medidas organizativas a la hora de detectar y aislar los casos sospechosos o confirmados de coronavirus, y planificado y llevado a cabo una campaña de vacunación sin precedentes. Todas ellas han sido funciones que se han asumido con verdadero compromiso y responsabilidad.

Al haber desempeñado un papel esencial en la respuesta ante la pandemia, nuestro trabajo se ha visibilizado y se ha apreciado más. Ha quedado claro que las enfermeras somos parte de la solución.

Sobre lo que nos ha aportado, diría que ha sido comprender la importancia de trabajar en equipo: otorga una fortaleza que deja patente aquello que dice un conocido axioma: "el todo es mayor que la suma de sus partes". También ha reflejado la necesidad de fortalecer los lazos con la comunidad.

Cambiando el foco, y mirando hacia el futuro, ¿Qué palabras clave conformarán el horizonte de la enfermería familiar y comunitaria? ¿Creceremos en competencias de "alta resolución"? ¿Tendrá nuestra agenda diaria un espacio reservado para la comunidad?

Creo que el futuro de la Enfermería Familiar y Comunitaria dependerá, en gran medida, de la dirección que tome la AP.

El contexto que nos rodea es el de una sociedad con un marcado envejecimiento, una mayor esperanza de vida, una creciente prevalencia de procesos de salud crónicos y un carácter multicultural. Cada vez se hace más notable la necesidad de que los centros de salud den un giro que los encamine hacia un concepto más cercano a un sistema de cuidados, alejándose al de un "mini-hospital". Trabajar para mejorar el autocuidado y la calidad de vida de la población implica una organización funcional, e incluso diría estructural, distinta a cuando se trabaja centrado en los procesos agudos y la enfermedad, al conllevar un énfasis de la actividad dirigida a los cuidados, el campo de la Enfermería por excelencia.

Edurne Mezquita Yarza.

El mayor valor que puede aportar la AP, su función social distintiva, no es la que proviene del trabajo sobre los procesos ya existentes, sino el que se deriva de la prevención y protección de aquello que pudiera ser perjudicial, enriqueciendo y favoreciendo la salud. La cercanía y la longitudinalidad que nombrábamos antes hacen que sea el recurso idóneo para un abordaje enfocado en generar salud que intente incidir en sus principales determinantes. Algo que no sólo tendría consecuencias beneficiosas para la salud de la comunidad, sino que también garantizaría la sostenibilidad del sistema, al evitar problemas que de otra manera acabarían apareciendo. Para ello necesitamos establecer unos vínculos más fuertes con la comunidad y trabajar en mayor medida sobre los aspectos de promoción y prevención a través de la actividad comunitaria en la que la sociedad participe de forma activa. Sería la forma de conseguir actuaciones que tuvieran un mayor calado.

No obstante, cuando la actividad urgente y la que está centrada en procesos agudos y la enfermedad requieren gran parte de nuestro tiempo, desbordan las agendas y, lamentablemente, deja relegado a un segundo plano todo lo relacionado con la promoción y la prevención. Asimismo, la organización del trabajo por tareas y la práctica basada en la técnica amenazan con instaurarse cuando se intenta ganar agilidad en el trabajo en detrimento de la calidad asistencial. A veces, una demanda que reclama la inmediatez y la falta de inversión, arrastran la AP hacia un modelo de atención que va en dirección opuesta a la que debiera por naturaleza.

El desarrollo de competencias más técnicas no está reñido con el de las educativas. Ahora bien, el tiempo y el esfuerzo son finitos. Si la AP no se dota de los recursos suficientes, corremos el riesgo de no poder dar este paso.

Espero que el futuro sea halagüeño y podamos aprovechar todo nuestro potencial.

Para finalizar, precisamente este año se cumplen 25 años desde la creación de SEAPA. ¿Podrías contarnos cómo ha sido este recorrido y qué papel habéis desempeñado en el desarrollo de la Enfermería Familiar y Comunitaria en Asturias?

Efectivamente, este año celebramos nuestro 25 aniversario. Creo en SEAPA hay dos cuestiones que mantenemos a modo de "telón de fondo": la visión acerca del papel que debemos desempeñar las enfermeras en AP y la pulsión por mejorar la calidad de los cuidados. En cuanto a la línea y las acciones, han ido cambiando en la medida en la que lo ha hecho el contexto y el propio sistema.

En los comienzos, los esfuerzos se concentraron en fortalecer una identidad profesional y dotarla de herramientas que permitieran un desempeño de calidad y ayudar a cohesionar el colectivo. Una de las principales áreas de mejora fue sin duda la actividad científica. La investigación no es algo que haya estado siempre presente entre las enfermeras. Esa cultura se ha ido forjando poco a poco, apoyando la formación y creando espacios en los que pudiéramos compartir y divulgar la producción para ir abriendo camino.

Hemos visto que el campo de actuación de las enfermeras ha crecido cualitativamente, aumentando su marco competencial, pero también lo ha hecho cuantitativamente en número. Se ha ido configurando como una parte importante de la AP alcanzando su punto álgido en el surgimiento de su especialidad: la Enfermería Familiar y Comunitaria. Aunque bien es cierto que la regulación y configuración de esto compete a los organismos estatales, también lo es que la realidad de la práctica se construye en cada centro de salud. En el contexto asturiano, la contribución de SEAPA a lo largo de estos 25 años es innegable.

En SEAPA hemos trabajado en proyectos como una guía de Insuficiencia Cardiaca creando un programa de intervención, hemos participado activamente en numerosos grupos de trabajo sobre las vacunas, la salud escolar o los autocuidados de las personas dependientes y hemos formado parte de comisiones y organismos como el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.

Todo lo anterior ha contribuido de forma decisiva al desarrollo profesional de la Enfermería en Asturias que ha hecho necesario reinterpretar su encaje organizativo y funcional en AP. Esto es algo fácilmente objetivable, por ejemplo, cuando en la "Estrategia para el nuevo enfoque de la AP", en la que participamos, se plantean la "gestión enfermera de la demanda", el "mapa de roles" o la creación de la categoría profesional correspondiente en la plantilla orgánica.

El futuro de la disciplina en general, y en Asturias, en particular, es prometedor. Nosotras seguiremos empujando por este proyecto que tanto nos une: la Enfermería Familiar y Comunitaria.

Para terminar, quiero agradecerte, Lucía, tu interés por nuestra organización y la oportunidad de dar a conocer nuestra visión y actividad. Ha sido un placer.

Muchas gracias a ti, Edurne, por la visión que nos aportas y que nos permite saber más sobre el pasado, presente y futuro de nuestra especialidad.

La clave: Establecer un diagnostico temprano

Natalia López Morán • nlopez76@hotmail.es
Marta Gómez López • mgomlop@hotmail.com

"La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar"

Florence Nigthingale

INTRODUCCIÓN

Heridas complejas; pérdida de continuidad de la superficie epitelial con pérdida de sustancia en cualquier parte del organismo con escasa o nula tendencia a la curación espontánea y que requiere períodos muy prolongados para su cicatrización por segunda intención. La pérdida de su integridad, puede conducir a una discapacidad grave o incluso la muerte según su extensión o complicaciones agregadas no controladas.[2]

Este tipo de heridas, siguen siendo en la actualidad un problema prevalente, que afecta a pacientes en todos los niveles asistenciales y de todas las clases sociales. Requieren un compromiso de todos los profesionales de salud respecto a la prevención y atención de las mismas hasta el punto final de la cicatrización, por lo que los profesionales sanitarios, deben potenciar avances y conocimientos que permitan un cambio radical en la atención de estas lesiones.

Es de vital importancia, establecer un diagnóstico temprano y diferencial entre los distintos tipos de heridas complejas, ya que el tratamiento difiere según sea su etiología.

No existe un tratamiento único y efectivo para este tipo de heridas. La cura local tiene una característica de provisionalidad y siempre debe ir acompañada de la corrección de la causa productora, es decir, de la patología de base.

Es fundamental que **el equipo clínico, llegue a un acuerdo sobre el tratamiento a utilizar, línea de actuación a seguir.** Para comprobar su efectividad, el tratamiento debe mantenerse un mínimo de dos a tres semanas, salvo que aparezca una reacción adversa o empeoramiento grave.

No se debe demorar la consulta especializada. Una derivación temprana, en un alto porcentaje de casos, evita un diagnóstico que se establece demasiado tarde y cuyas consecuencias pueden ser catastróficas.

Palabras clave: herida compleja, profesionales, diagnóstico, tratamiento, enfermería.

ABSTRACT

Every health professional knows that an early diagnosis could prevent greater illnesses and allow a satisfactory recovery in many diseases.

Complex wound, they are still a prevalent problem today, affecting patients at all levels of care and from all social classes. They require a commitment from all health professionals.

It is vitally important to establish an early and differential diagnosis between the different types of complex wounds, since the treatment differs according to their etiology.

Keywords: complex wound, professionals, diagnosis, treatment, nursing.

EXPOSICION DEL CASO

Valoracion al ingreso

Paciente femenina de 74 años, que ingresa programada para revascularización de extremidad inferior por úlcera mixta en celda tibial anterior con exposición tendinosa, de 14 meses evolución, en el contexto de oclusión femoropoplitea e insuficiencia venosa.

Antecedentes

ALERGIAS

- Estatinas (edema angineurótico).
- Atenolol.
- Bromazepam.
- Povidona yodada.
- Metformina (diarreas).

PERSONALES

- Obesidad
- Vida sedentaria
- HTA
- DLP
- DM tipo 2
- FA paroxística anticoagulada con Sintrom. Seguida por cardiología, F. sistólica conservada. Insuficiencia valvular aórtica moderada.
- Artrosis.
- Tromboflebitis de repetición (la última hace 14 años).
- Rectorragia asociada a hemorroides.

VASCULARES

- Seguida en consultas externas de cirugía vascular por patrón de oclusión femoropoplitea bilateral.
- Cirugía venosa: CHIVA izquierdo con ligadura de cayado de safena interna hace 10 años.
- Ligadura de cayado recidivado a nivel de safena interna izquierda y fragmentación de vena safena interna en el muslo en agosto de 2015.

QUIRUIRGICOS

- Legrado
- Amigdalectomía.

FAMILIARES

- No constan

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Januvia, glicazida, pantoprazol, levogastrol, lyrica 150 mg, alipza, zaldiar, sintrom (suspendido para cirugía programada, siendo sustituido por HBPM), openvas 40/25.

DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO

AngioTac de extremidades inferiores

- Permeabilidad aorto-ilíaca sin lesiones significativas con presencia de moderada ateromatosis calcificada.
- Tejido fibrocicatricial en ingle izquierda de 37x22 mm.
- Ambas AFC permeables con moderada ateromatosis.
- MID: Oclusión en tercio proximal de AFS. Recanalización por colaterales en POP2. Salida por 3 vasos (TA, TP y PER) que llegan al tercio distal de la pierna.
- MII: AFS difusamente lesionada que se ocluye en tercio medio de la pierna y recanaliza en Hunter. POP permeable. Salida por TA y TP que llegan al tercio distal de la pierna.

PLANIFICACION DE CUIDADOS AL INGRESO

- La paciente ingresa procedente del servicio de admisión para cirugía programada de revascularización de MII.
- A su llegada la unidad de Cirugía Vascular se realiza el protocolo de acogida y del paciente prequirúrgico.
- Paciente consciente, orientada y colaboradora, dependiente parcial, camina con ayuda de andador.
- Convive con su hija, la cual hace las labores más importantes en domicilio.

Valoración según necesidades al ingreso

- **Respiración y circulación:** Eupnéica en todo momento. Edema en MII y ligero edema en MID.
- **Alimentación e hidratación:** Paciente sobrepeso. Índice de masa corporal: 27.3
- **Eliminación:** Diaria.
- **Movimiento y postura:** Dificultad en la deambulación por dolor. Estable en bipedestación con ayuda de otros o con andador.
- **Reposo y sueño:** No tiene problemas en su descanso diario.
- **Vestirse y desvestirse:** Precisa ayuda parcial.
- **Termorregulación:** Normotermia.
- **Higiene y estado de la piel:** Precisa ayuda parcial para el aseo.
  Lecho de la herida con zonas de esfacelos y de gra-

nulación. Tendón expuesto y deshidratado. Exudativa. Bordes irregulares. Tejido periulceral con buen aspecto. Tamaño 20 largo x 10 ancho.

- **Seguridad:** La paciente al ingreso, consciente, orientada en tres esferas y colaboradora. Ver apartado Alergias.
- **Comunicación:** Sin dificultad.
- **Creencias y valores:** Al principio pensó que la herida curaría pronto y sin consecuencias catastróficas.
- **Relación personal /autoestima:** No hay conflictos.
- **Ocio:** No valorable
- **Aprendizaje:** Sin dificultad.

Escala Eva del dolor al ingreso

- EVA: 3

Braden predicción upp al ingreso

- Puntuación 20. Riesgo bajo en menores de 75 años

Riesgo de caídas escala Morse al ingreso

- Puntuación 59. Riesgo de caídas alto.

EXPLORACION FÍSICA DE LA HERIDA AL INGRESO

Valoración de la herida

- Ulcera mixta en zona celda tibial anterior con exposición tendinosa de MII, desde hace 14 meses, con evolución tórpida realizándose curas en centro de salud, distintos tratamientos a lo largo del tiempo.
- Ulcera extensa (10 ancho x 20 largo) con tejido de granulación y fibrina. Tendón expuesto, deshidratado, pendiente de recortar tras revascularización.
- Muy dolorosa a la manipulación.

La primera cura realizada consiste en

- Se realiza limpieza con suero fisiológico, fomentos con antiséptico: surfactante de betaína y 0,1 % de polihexanido.
- Desbridamiento: osmótico. (6) Mediante apósito hidroactivo que contiene PHMB para bajar la carga bacteriana y eliminar la infección, solución Ringer para el desbridamiento hidroactivo y poliacrilato que permite encapsular los gérmenes y exudado de la herida evitando la recontaminación. Elimina el biofilm, siendo eficaz en heridas infectadas, realizando una limpieza de la herida efectiva para favorecer el tejido de granulación. (5)
- La existencia de tejido desvitalizado, es un excelente caldo de cultivo favoreciendo una posible carga bacteriana, aumento de los niveles de exudado y mal olor. La presentación de lesiones con necrosis tisular o esfacelos, también denominado tejido no viable para el proceso de cicatrización; precisa de la eliminación de ese tejido necrótico o esfacelado. (4)
- Apósito secundario: apósito hidrocelular de baja adherencia, indicado para el tratamiento de heridas de moderada a altamente exudativas con piel perilesional frágil. Este apósito proporciona una cura en ambiente húmedo, absorbe exudado de manera controlada, que favorece el proceso de cicatrización.
- Tejido perilesional, aplicación de Película Barrera No Irritante (PBNI) es un apósito en forma de solución líquida de polímeros que cuando se aplica sobre la piel sana o dañada, forma una película uniforme, transpirable e impermeable a líquidos que actúa como barrera protectora frente a fluidos orgánicos, exudado de heridas, adhesivos de productos médicos y la fricción. PBNI contribuye a mantener la integridad de la piel y favorece el proceso de reparación y cicatrización. Está indicado en la protección de la piel perilesional en heridas muy exudativas. (3)
- Se valorará nuevamente, optimización de tratamiento, tras revascularización.

EJECUCIÓN

Día quirúrgico: 1º intervención

- Tras cirugía de revascularización regresa a la unidad, portadora de analgesia epidural y sueroterapia. Dolor controlado con analgesia pautada, la sueroterapia se suspenderá al iniciar tolerancia oral.
- No se palpan pulsos distales, si en poplíteo, pie caliente y bien perfundido.
- Por parte de enfermería, se mantiene misma pauta de curas, evolución aceptable.

1º día postquirúrgico:

- No se palpa pulso poplíteo.
- Mantenemos misma pauta de curas, ulcera limpiando y con buen aspecto.
- Se realiza hoja de consulta a preanestesia para optimización del tratamiento analgésico y poder retirar analgesia epidural
- Prevención de lesiones por presión: se coloca colchón de aire alternante, debido a los antecedentes de la paciente y a que no ha iniciado deambulación.
- Aplicación de AGHO.

2º día posquirúrgico:

- Fiebre de 38º durante la noche y aumento del dolor.
- Aparición de flictena en talón MII (a pesar de medidas preventivas AGHO y taloneras de espuma, alivio de presión mediante colchón), se mantiene tratamiento conservador debido al empeoramiento en el estado de la paciente.
- Herida con peor aspecto, bordes cianóticos, pie frio.
- No se capta señal doppler en ningún tronco.
- Se mantiene misma pauta de curas y vigilancia estrecha de la paciente.
- Toma de cultivo de la herida y hemocultivos
- Se inicia tratamiento antibiótico

3º día postquirúrgico:

- Empeoramiento del estado general, desde hace 24h hipotensión mantenida, aumento del dolor, extremidad con frialdad, palidez y livideces.
- Ulcera con zonas de isquemia.
- Se realiza protocolo para quirófano urgente, por trombosis de la revascularización previa.
- Intervención quirúrgica: trombectomía, endarectomía femoral y nueva angioplastia.

Día quirúrgico: 2º intervención

- Regresa a la unidad tras intervención, procedente de la REA.
- Dolor controlado con tratamiento pautado, analgesia epidural y rescates.
- Paciente colaboradora.
- Pie caliente, buena coloración, herida con mejor aspecto y limpiando, no se ha modificado el tratamiento, sigue con misma pauta de curas.
- Flictena de talón se desbrida y se inicia tratamiento tópico con crema cicatrizante a base de acido hialurónico y sulfadiazina argéntica, cubierta con malla de hidrocoloide y gasa. Manteniendo protección con talonera de espuma y el talón en flotación.

2º día post intervención – 7º día de ingreso:

- Hemodinámicamente estable y sin fiebre.
- Aceptable estado general.
- Retirada de catéter epidural
- Ulcera con buena evolución, recuperación de la cianosis de los bordes, fondo limpio y con tejido de granulación peri tendón.
- Ulcera del talón epitelizando.
- Señal doppler directa a nivel de poplítea.

- **9º día post intervención – 14º día de ingreso:**
- Buena evolución de la herida con curas pautadas. Excepto dorso del pie, cianosis.
- Paciente colaboradora, afebril, animada. Se está levantado al sillón.
- Se realiza hoja de consulta a rehabilitación.
- Come bien, glucemias elevadas, se inicia insulina Glargina 12 ui a las 20h.

11º día post intervención – 16º día de ingreso:

- Avance de necrosis en dorso del pie, se recorta tejido desvitalizado.
- Resto de herida granulando y con buena evolución.
- Talón evolucionando favorablemente.
- Se inicia rehabilitación
- Se hace hoja de consulta a HADO, para traslado a domicilio.

A los **20 días**, aumento del dolor, empeoramiento del estado general, tendencia a hipotensión, encamamiento, pie más frio, cianótico…

Se objetiva aumento del área de necrosis y mala perfusión distal a nivel de los dedos con palidez.

Se realiza ecografía donde se objetiva trombosis de la revascularización, dada la comorbilidad asociada de la paciente y el aspecto de la herida, se decide, por consenso, amputación mayor, amputación supracondílea.

30 días de ingreso

La paciente es dada de alta, buen aspecto del muñón de amputación supracondílea, dolor controlado y en seguimiento por la unidad del dolor.

Se habla con servicio de rehabilitación de su hospital de referencia para seguir tratamiento.

EVOLUCIÓN EN IMAGENES

**Las imágenes presentadas cuentan con el debido consentimiento informado para la toma de fotografías clínicas y su posterior presentación con fines de divulgación científica, firmado por la paciente.

CONCLUSION

Todo profesional de la salud sabe que un diagnóstico temprano podría evitar males mayores y permitir una recuperación satisfactoria en muchísimas enfermedades.

Si algo nos ha enseñado la pandemia de la COVID-19, es la importancia de cuidar nuestra salud, la detección temprana y la rápida intervención.

Cuando un paciente comienza a sentir o dar muestras, como por ejemplo; aparición de heridas que no responden a los tratamientos, que algo en su salud se está deteriorando, es de vital importancia el acceder a un diagnóstico rápido, para tomar las medidas oportunas y evitar que la enfermedad siga avanzando.

En el caso de los pacientes con enfermedad vascular periférica, como es el caso que nos ocupa, la detección temprana, podría evitar la amputación, la cual conlleva una pérdida importante en la calidad de vida del paciente y un aumento de los costos de tratamiento.

Las estrategias de mejora del diagnóstico temprano se pueden incorporar fácilmente en los sistemas de salud a bajo costo.

A su vez, un diagnóstico temprano eficaz puede facilitar la detección más precoz, lo que posibilita la aplicación de tratamientos que suelen ser más eficaces, menos complejos y menos costosos.

BIBLIOGRAFIA

– Blog heridas crónicas
Publicado por Pablo López Casanova julio 19, 2015
CÓMO LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL CAMBIÓ EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS
http://eju.tv/2014/02/cmo-la-primera-guerra-mundial-cambi-la-medicina/#sthash.CID2ugPG.dpuf

(4) Artículo: Fisiología de la cicatrización
FISIOLOGÍA DE LA CICATRIZACIÓN CUTÁNEA
Germán Alfredo Ramírez Hernández*
Revista Facultad de Salud - RFS Julio - Diciembre 2010 • Universidad Sur colombiana • Neiva - Huila
Vol. 2 Nro. 2 - 2010: 69-78

(3) http://www.infomecum.com/assets/uploads/files/076b7-CAVILON.pdf

(5) PIE DIABÉTICO: Continuidad de cuidados Dra. Elena Conde Montero Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor Monografía pie diabético. Hospital Universitario del Sureste, 4 de octubre 2016

(2) Marinel.lo Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.

– Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017.

(1) Revascularización en la enfermedad arterial periférica de los miembros inferiores: ¿cuándo y cómo intervenir? Dr. Ricardo A. La Mura*, 1 y Dr. L. Mariano Ferreira*

(6) Eficacia clínica del apósito compuesto de Ringer Autores: Palomar Llatas F(*), CO-Investigadores: R. Capillas Pérez, C. Alba Moratilla, N. Serra, S. Cerame, A. Gandarias, C. Inés Flores, C. Rodríguez, E. Berrade, E. Mateo, E. Márquez, E. Julbe, F. Delgado, F. Martínez Cuervo, J. Hernández, J. Á. Fernández Francisco, J. L. Giménez, J. J. Cuesta Cuesta, J. Rueda, Mª J. Campos, M. Berenguer, T. Segovia, V. Martínez, Xisca Serra, S. Roviralta, I. Veiguela Martínez, J. A. Jiménez, M. C. Ananin Fernández, S. Conde Freire, N. Vázquez, E. Trillo, A. Orbegozo, A. C. Agra Novo, J. Castro, J. C Álvarez Vázquez, M. D. Delgado Rodríguez, M. Fernández Vázquez, P. Bóveda Fernández, S. Piñeiro, L. M. Fontenla Devesa, G. Triguero, M. Bujosa Taylor (Grupo de estudio Tenderwet®). (*) Director Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia (Spain), Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas. Hospital General Universitario de Valencia.

– Sosa VR, Valdés PC, Savigne GWO, et al. Angioplastia transluminal percutánea de femoral superficial en paciente con oclusión de sectores fémoro-poplíteo e infra-poplíteo. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular. 2020;21(1):1-8.

Papel enfermero en el abordaje del duelo perinatal

Antía Lamas Hortas
antialamas9@gmail.com.

RESUMEN

El objetivo principal de este artículo es conocer el papel que realizan los profesionales de enfermería en el duelo derivado de una muerte perinatal o aborto. Para su realización se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como PUBMED, DIALNET y CINAHL; así como una entrevista vía telefónica con la presidenta de la asociación "Bolboretas no Ceo" quien nos da a conocer las diferentes formas de actuación llevadas a cabo para ayudar a aquellos padres que perdieron a sus hijos; ya sea durante el embarazo, al nacer o durante los primeros días de vida del recién nacido. También, se destaca la labor que hace la asociación UMAMANITA en todo el territorio español. Los resultados principales obtenidos tras la realización de este estudio se basan en que los profesionales de enfermería deberían tener una formación especializada para poder hacer frente a este tipo de situaciones; de esta forma, los progenitores siguen buscando ayuda una vez abandonado el hospital para hacer frente a la situación y empezar el proceso de superación de la pérdida. Por lo tanto, una formación especializada para aquellos profesionales sanitarios que trabajan en estos servicios ayudaría en gran medida a conseguir una mejora en los cuidados aplicados.

Palabras clave: duelo perinatal, madre, progenitores, aborto, muerte perinatal, enfermería

ABSTRACT

The main objective of this article is to learn about the role of nursing professionals in grief resulting from a perinatal death or abortion. For this purpose, a bibliographical search was carried out in different databases such as PUBMED, DIALNET and CINAHL; as well as a telephone interview with the president of the association "Bolboretas no Ceo", who told us about the different forms of action carried out to help parents who lost their children, whether during pregnancy, at birth or during the first few months of their birth. days of the newborn's life. Also, the work done by the UMAMANITA association throughout Spain is highlighted. The main results obtained from this study are based on the fact that nurses should have specialized training to be able to cope with this type of situation; thus, parents continue to seek help after leaving the hospital to cope with the situation and begin the process of overcoming the loss. Specialised training for health professionals working in these services would therefore go a long way towards improving the care provided.

Keywords: perinatal mourning, mother, parents, abortion, perinatal death, nursing

El duelo es afrontado de diferentes maneras según los factores socioculturales; en el caso del duelo perinatal no está en ocasiones considerado al mismo nivel que otros duelos que afrontamos a lo largo de nuestra vida, por ejemplo, la pérdida de un familiar o ser querido o familiar por enfermedad u otras circunstancias.

Mediante este estudio se pretende plasmar la importancia del personal sanitario en este tipo de duelo, en especial de la enfermería obstetricoginecológica y de las asociaciones; quienes acompañan a los progenitores desde que son conocedores de la noticia y durante todo el proceso de superación.

Foto: Luma Pimentel (unsplash.com).

Se estableció como objetivo principal, por lo tanto, conocer el papel de enfermería en el duelo derivado de una muerte perinatal o aborto.

Entre los objetivos específicos se encunetran:

- Determinar las fases del duelo asociados a la pérdida
- Explicar los sentimientos y emociones de la madre asociados a la pérdida
- Describir el momento en que se debe comoenzar a prestar la ayuda necesaria
- Defenir aquellos programas adecuados de atención al duelo perinatal por parte de los profesionales sanitarios.
- Señalar el funcionamiento de la asociación UMAMANITA y Bolboretas no Ceo.

Para la correcta realización de este estudio se realizó una busqueda bibliográfica en diferentes bases de datos tales como PUBMED, DIALNET y CINAHL. Su consulta fue posible a través de la biblioteca virtual de la USC.

Así mismo, se buscaron artículos en Google Académico, escogiendo como requisitos que fueran en español y escritos en el período de los últimos 10 años.

La búsqueda de carácter bibliográfico se llevo a cabo empleando el tesauro DeCS (Descriptores en ciencias de la salud) y los términos MESH (Medical Subject Heading) de la enciclopedia médica Medline. Algunos de los filtros utilizados con el objetivo de limitar el número de resultados de la búsqueda fueron filtros de temporalidad (artículos con fecha de publicación de los últimos 10 años) o filtros en función del idioma (Español, Portugués o Inglés).

Para el desarrollo del resto de objetivos planteados se realizó una entrevista vía telefónica con la presidenta de la asociación "Bolboretas no Ceo".

El proceso de duelo comienza en el instante en que el fallecimiento es comunicado a los padres; dependiendo de como se ponga en conocimiento la información así será el duelo por lo que se debe tener especial cuidado en la comunicación de la noticia. (1)

Este proceso se debe basar en la sensibilidad, empatía, respeto y comprensión; unida a una buena comunicación de carácter verbal y no verbal que ayude durante el proceso. Comenzará así una reacción emocional donde los progenitores no querrán ser conocedores de más in-

formación acerca de lo comunicado previamente; por lo que esta se proporcionará de una manera sencilla de manera verbal y escrita para su fácil comprensión. (1)

El proceso de duelo consta de 4 fases que se traducen en: Choque e incredulidad, nostalgia y búsqueda, desorganización y reorganización. Estos factores van a desencadenar una serie de síntomas tanto psicológicos, como de carácter físico y de comportamiento. (2)

Según la teoría de Elizabeth Kübler Rosse, cuyo modelo fue publicado en 1969 en el libro titulado "On death and dying" ("Sobre la muerte y el morir") divide el duelo que sucede a la pérdida en 5 etapas: (3)

La negación de una pérdida es el proceso que se produce de forma habitual e inmediatamente después de la misma; puede estar sucedida por un estado de shock o entumecimiento emocional y cognitivo.

Esta fase puede manifestarse de un modo más difuso y abstracto sin implicar estrictamente la negación de la pérdida sucedida.

Una vez que termina la fase de negación empiezan a aparecer sentimientos de frustración e impotencia relacionada con la capacidad de modificar aquellas consecuencias que la pérdida supone. A su vez, aparecen síntomas de enfado e ira.

Durante esta fase, la persona busca atribuir el significado a la pérdida, en este caso intentando encontrar el factor que le arrebató la vida al bebé (otra persona o la propia madre). El proceso de duelo supone la superación de la frustración y enfado acumulados; ligados a aquellos intentos psicológicos que el organismo realiza para volver al estado natural antes de la pérdida.

Es a lo largo de este período cuando la persona asume de manera definitiva la realidad de la pérdida, lo que genera sentimientos de tristeza y desesperación junto con otros síntomas de depresión; como el aislamiento social o la falta de motivación.

En esta etapa de depresión, puede ocurrir que la persona piense que la vida carece de sentido tras la pérdida que ha sufrido; y será en la siguiente fase del modelo de Kübler Rosse cuando se produzca la aceptación de los sentimientos y emociones mencionadas.

Después de pasar por todas las fases llega la aceptación, acompañada de un sentimiento de calma tras asumir y comprender que la muerte y otras pérdidas sufridas durante la vida son parte del proceso natural del ser humano.

Esta se relaciona con la imposibilidad de evitar la pérdida y con el proceso de duelo.

Los principales síntomas que desarrollan los progenitores, y en especial la madre, son: (4)

- Tristeza
- Elevado índice emotividad: donde predominan la rabia, la ira y la culpa.
- Vulnerabilidad
- Sensación de vacío emocional
- Pensamientos constantes e insistentes acerca de lo sucedido
- Diversidad de emociones y sentimientos a la hora de enfrentarse a una nueva gestación. Alegría por el nuevo embarazo y miedo a la pérdida de nuevo del bebé.
- Alucinaciones dolorosas, que se traducen en sentir al bebé en el interior del vientre o escucharlo llorar en la cuna.

También podemos clasificar estos síntomas en 5 grupos: (5)

- **Físicas:** Sensación de vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, ahogo, palpitaciones, suspiros, alteraciones en el proceso de sueño, pesadilla, boca seca, indigestión o cefaleas.
- **Emocionales:** Insensibilidad, aturdimiento, tristeza, culpa, reproche, rabia, desesperación, hostilidad, irritabilidad, anhedonia, soledad, vacío, desamparo, añoranza y alivio.
- **Conductuales:** Funcionamiento automático, mente ausente, aislamiento social con crisis de llanto, conductas de búsqueda o evitación, objetos de apego, consumo de tóxicos o hiperactividad.
- **Psicológicas:** Incredulidad, negación, confusión, irrealidad, pensamientos suicidas, sensación de presencia, idealización, alucinaciones e ilusiones ópticas; así como falta de concentración y de memoria.
- **Espirituales:** Búsqueda de sentido, conciencia propia, mortalidad y replanteamiento de todas las creencias religiosas pensadas anteriormente.

En el momento que se produce la pérdida del bebé o hijo recién nacido, ambos progenitores comienzan a desencadenar un proceso de duelo; que a menudo se convierte en un hecho traumático y muy difícil de superar, bien sea por falta de apoyo o por incomprensión hacia la naturaleza de dicha pérdida. (6)

Muchos autores, exponen la necesidad de crear ciertas habilidades de supervivencia que ayudan a las personas a evitar situaciones de carácter estresante con el fin de que no desencadene en un tipo de duelo complicado

pudiendo llegar a ser incluso patológico y provocar varios tipos de trastornos. (7)

Durante el proceso de afrontamiento de dicha pérdida, los padres afectados se someten a un proceso de reconstrucción de sus vidas en la que sigue vigente una conexión especial.

con el bebé fallecido, que hace necesario la necesidad de hablar del hijo y compartir las vivencias ocurridas. (8)

Algunos autores, entre ellos Vollman asegura que aquellas familias que emplean sistemas de comunicación abiertos facilitan el asentamiento de los propios sentimientos y poseen mayor probabilidad de adaptarse a la nueva situación respecto a aquellas personas que pasan por un proceso de negación de los sentimientos que les afligen. (9)

Entre aquellos aspectos que facilitan el afrontamiento de una pérdida perinatal tanto en las madres como en los padres que la sufren son: (10)

- **Factores de carácter biológico:** Los hijos anteriores a la pérdida acontecida en la pareja, serán de gran ayuda a la hora de afrontar y enfrentarse a la realidad; y facilita el manejo de la tensión y la carga emocional que poseen los progenitores en estos momentos al disminuir aquellas dudas que puedan presentarse acerca de la fertilidad.
- **Factores de carácter relacional:** En el ámbito sanitario, por parte del personal de enfermería, será de gran ayuda para enfrentarse a todo el proceso.
- **Factores de carácter cultural:** Muchas mujeres y sus parejas buscan el sentido de la pérdida que han sufrido en la religión (en función de sus creencias, será una u otra). Entendiéndola como un acto divino; en el caso de nuestra cultura, por parte de Dios.

Numerosos autores, defienden la utilización de la Teoría de los Cuidados de Kristine Swanson en el año 1991, generada a partir de una serie de investigaciones fenomenológicas con un conjunto de mujeres que experimentaron pérdidas de carácter gestacional.

En esta teoría, se consideran los cuidados como una forma educativa de relacionarse con una persona por la que se siente especial aprecio, compromiso y una responsabilidad personal.

En ella se proponen 5 principios de carácter básico: Conocer, estar con, realizar por, pisibilitar y mantener la creencia. (11)

En el Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo) no existe un protocolo de carácter específico que recoja la actuación inmediata de la pérdida perinatal. Se debe mostrar todo el apoyo y recursos que los padres requieran y demanden; como en el enfrentamiento a una pérdida de otra índole. En ninguna ocasión se debe banalizar la pérdida y hacer que esta carezca de importancia aunque el feto aun no haya nacido; debido a que para la pareja, es su hijo desde el momento en el que ven un resultado positivo en la prueba de embarazo y por eso se debe tratar con igual atención y recursos que cualquier otro tipo de pérdida.

También, se defiende que cuando una madre no siente a su bebé dentro y acude al hospital, se debe de favorecer el acompañamiento por su pareja o acompañante de referencia en primera instancia, realizar una ecografía para confirmar la ausencia de latido e informar de la noticia.

Desde ese mismo instante, permitiremos que ambos progenitores o en otra medida el familiar que acompaña a la gestante exprese sus emociones y sentimientos con claridad; favoreciendo la estancia en un ambiente íntimo y con el mayor respeto posible. Se realizará una escucha de carácter activo, explicando las opciones y posibilidades de tratamiento a someterse con el objetivo de que las puedan sopesar y reflexionar; ayudando siempre a elegir la mejor opción para los progenitores, prestando todo nuestro apoyo.

Se les proporcionará el tiempo que necesiten para estar solos durante todo el transcurso de aceptación de la noticia; así como expresar su dolor y tomar las decisiones oportunas en el momento que corresponda. (12)

Contrastando estas opiniones con las de algunos autores podemos ver diferencias de actuación de unos hospitales a otros tanto en nuestro territorio como en el ámbito de la comunidad autónoma de Galicia.

Oviedo en su artículo que lleva por título *"Duelo materno por muerte perinatal"* señala que el personal sanitario, y en este caso la enfermería, debería recibir una formación especial enfocada al ámbito emocional para poder prestar apoyo de una manera adecuada a mitigar el duelo materno de una madre que ha perdido a su hijo en el momento de nacer o intraútero.

Contribuyendo en la medida de lo posible a que los padres se enfrenten al duelo con el máximo respeto y siempre acompañándolos con el fin de salvaguardar su salud física y psíquica.

Es de vital importancia, por esta razón, que el personal de enfermería previo al nacimiento de un hijo fallecido o si esto sucede en el momento del parto ofrezca toda su ayuda para hacer frente a la enorme magnitud de la pérdida. Siempre respetando la decisión de que se les proporcione o no apoyo psicológico y espiritual.

Las matronas del área de partos del HULA cuentan que existen algunos protocolos enfermeros que recogen formas de actuación ante la pérdida perinatal. Aquí en Galicia, el SERGAS (Servizo Galego de Saúde) posee el suyo propio; además existe otro a nivel estatal.

Todos estos protocolos existentes ayudan a los profesionales del Hospital Universitario Lucus Augusti en el afrontamiento de la pérdida perinatal

En el HULA, existe un borrador de protocolo propio de actuación ante una muerte perinatal y para el cual se utilizaron diversas fuentes bibliográficas; de todas formas, a nivel del SERGAS la más utilizada es la *"Guía de atención no proceso de morte e dó xestacional e perinatal"* que fue publicado en 2020 ;aunque después en cada centro sanitario existe una amplia variedad de enfoques y abordajes de la situación según la opinión de algunos profesionales, este protocolo publicado el año pasado pretende unificar planes de actuación basándose en la evidencia científica actual.

Lo primero que el personal sanitario debe hacer al enfrentarse a una pérdida de estas características es respetar el acompañamiento que la persona afectada elija; posteriormente se llevará a cabo el acompañamiento profesional (por parte del personal enfermero que se encuentre en la unidad) de una manera individual y personalizada , que se basará en realizar una lectura de la historia clínica, presentarse y realizar un acercamiento y escucha activa con el fin de proporcionar toda la ayuda posible.

Se les proporcionará a los progenitores toda la información, las opciones que presentan y la autonomía a la hora de tomar las decisiones (2).

Recibirán información basándonos en los protocolos existentes adecuados a la situación adecuados a su situación, respetando las necesidades individuales y de la pareja y dejando intimidad y espacio físico. Podrán ver a su bebé, ponerle nombre y guardar recuerdos como el cordón umbilical o la tarjeta identificativa con el fin de que les ayuden a manejar la dolorosa situación por la que están pasando.

Se facilitará el proceso de duelo permitiendo a los padres vestir a su hijo recién nacido y sacarse fotos con él; así como llevar su libro de registro como manera simbólica de la existencia de ese hijo.

Así mismo, se conocerá la decisión que quieren tomar los padres con el cuerpo del bebé y se proporcionará toda la ayuda psicológica necesaria así como las pautas de actuación para la inhibición de la lactancia. (2)

Ambos progenitores, tienen en todo momento el derecho de acariciar y tocar a su bebé; tanto antes como después de la muerte de este; o realizar la autopsia si así lo desean. Algunos estudios, además, afirman que pasar momentos a solas con el hijo puede favorecer las necesidades emocionales de la pareja.

Es muy utilizado por el personal sanitario (médico y enfermería) el acrónimo LAST para el abordaje de una pérdida perinatal; este ítem empieza con la letra *"L"* referida a escuchar (*listen* en inglés) para poder brindar ese apoyo individual que necesitan los padres; la *"A"* representa reconocimiento *(acknowledgement)* que se traduce en la ayuda prestada por el personal enfermero para que la persona sepa gestionar sus emociones; la *"S"* hace referencia al apoyo (en inglés *support*), la comunicación y empatía tendrán un efecto positivo en el desarrollo del dolor familiar; por último, la *"T"* representa tacto *(touch)* que es considerada uno de los ítems principales dentro del apoyo al duelo, la comunicación no verbal cuenta como un 90% del apoyo recibido. (14)

Una vez los progenitores abandonan el hospital sin su bebé se deberá continuar con los cuidados a través de los Centros de Atención Primaria, entre otros.

Existen numerosas asociaciones que ayudan a los padres a superar la muerte de su bebé y afrontar mejor el proceso de duelo. Entre ellas, la más importante es UMAMANITA; que actúa a nivel España proporcionando apoyo a todos aquellos padres que pasan por estas circunstancias.

Esta asociación, fue fundada por Jillian Cassidy y Juan Castro tras perder a su hija Uma intraútero el 30 de diciembre del año 2007. Y tiene diversas funciones, entre las que se encuentran (3):

- Ofrecer información relevante y que sirva de ayuda a las familias que han sufrido la pérdida de su bebé
- Promover y proporcionar formación a los profesionales sanitarios que trabajan con las familias que sufrieron la pérdida.
- Reducir la tasa de mortalidad intraútero o durante el parto iniciando campañas de concienciación.
- Proporcionar toda la información necesaria al personal sanitario para que estén dotados de los recursos suficientes para hacer frente al impacto que supone la muerte de un bebé en el ámbito diario o evitar el síndrome de *burn out*

En Galicia, existe la asociación *Bolboretas no Ceo* que actúa en las cuatro provincias de nuestra comunidad ayudando a aquellos padres y padres que necesitan afrontar la muerte de su bebé una vez ya han abandonado el hospital.

Esta asociación fue fundada por 5 madres que perdieron a sus hijos/as, entre ellas Patricia Caamaño (presidenta) quien perdió a Zoe (su hija) en la semana 32 de gestación en el año 2015 en la provincia de Pontevedra.

Entre las principales labores que realizan se encuentra el apoyo a los progenitores a través de diversas actividades y programas como "O bosque dos nenos" donde cada persona planta un árbol en honor al bebé fallecido; dejándolo crecer en compañía de otros.

Otra de las iniciativas que llevan a cabo en *Bolboretas no Ceo* es la creación de unos obsequios llamados "Saquitos Jizó" actualmente utilizados en el hospital Álvaro Cunqueiro en Vigo; pero que se pretenden extender a los hospitales de toda Galicia. Esto, consiste en una bolsita que se les entrega a los padres posterior al fallecimiento de su hijo, y que se basa en una especie de libro donde pueden anotar el nombre del bebé e incluso hacer una simulación de registro; así mismo, estos "saquitos" contienen las tarjetas de contacto de la asociación, que les pueden ser útiles a los padres si experimentan el deseo de buscar ayuda para superar el proceso de duelo.

Patricia Caamaño, defiende la importancia y el gran papel que realizan estas asociaciones a la hora de hacer frente a una pérdida de estas características; ya que manifiesta que "nadie te va a entender tan bien como alguien que ha pasado o está pasando por la misma situación".

Además, comenta la poca importancia que se le da a este tipo de duelo en los hospitales, donde se sigue considerando un hecho tabú, y donde el personal sanitario no está capacitado y no recibe la información y apoyo suficientes centrándose toda la atención en la figura materna y dejando de lado al padre en todo el proceso; lo que supone en los padres la necesidad de buscar ayuda por otras vías.

Dentro de la asociación, cuentan con matronas, psicólogos/as y enfermeras que ayudan a la atención psicológica y que fueron previamente formadas específicamente para desempeñar dicha tarea.

El día 15 de octubre se celebra el día de la muerte perinatal y gestacional, donde cada año realizan una actividad en honor a los bebés fallecidos y cuyos padres buscaron apoyo en Bolboretas no Ceo.

Tras todos los datos obtenidos y explicados en la realización de esta revisión bibliográfica, podemos concluír que:

- Tras estudiar el papel de la enfermería en el duelo tras una muerte perinatal considero que es de vital importancia la actuación que estas realizan (en especial la figura de la matrona) en el afrontamiento de la pérdida.
- Se deberá prestar especial atención a cada una de las fases por las que pasan los progenitores en el transcurso de la pérdida; de lo contrario podrá dar lugar a un duelo de etiología patológica.
  - Existen numerosos sentimientos y emociones que presentan los progenitores tras la pérdida que serán tratados desde el primer momento que son conocedores de la noticia pero que no llegan a ser del todo comprendidos en algunos ámbitos, restándoles importancia
  - Tras el conocomiento de los programas de actuación del Hospital Lucus Augusti, los profesionales entrevistados afirman que son de gran utilidad.
  - Asociaciones como UMAMANITA y Bolboretas no Ceo, realizan una labor muy importante y son las principales partícipes del proceso de recuperación y afrontamiento del duelo una vez que los padres abandonan el hospital.
  - Tras conocer aquellas formas de actuación y protocolos utilizados por el personal sanitario del Hospital Universitario Lucus Augusti, podemos observar que son una guía muy útil para el abordaje de la situación; además cuando el borrador sea publicado se contará con una actualización de la información con la que se pretenderá conseguir una mejora de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Montero, S.M.** *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativo.* [En línea] 2016. [Citado el: 9 de Abril de 2021.] tesis_pastor_montero. pdf.
2. **Acebedo, M.G.** UIC Barcelona. *Muerte perinatal en la cultura musulmana.* [En línea] 2017. http://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/903/TFG_Meritxell_Garc%C3%ADa_Acedo.pdf?sequence=5&isAllowed=y .
3. **MC, C.** Las 5 fases (o etapas) del duelo: Teoría de Klüber Ross. [En línea] 2017 de Enero de 22. [Citado el: 22 de abril de 2021.] https://www.centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/.
4. **M. d, Paneque.** Duelo perinatal, atención psicológica en los primeros momentos. [En línea] 2017. [Citado el: 4 de febrero de 2021.] http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia79.pdf#page=52.

5. **Ordóñez, E. F.** Duelo perinatal y trastorno de estrés postraumático en una gestación posterior a una pérdida gestacional. [En línea] 13 de Noviembre de 2020. [Citado el: 24 de Febrero de 2021.] https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/20944.
6. **Caamaño, Patricia.** *Papel de las asociaciones en el duelo perinatal.* [entrev.] Antía Lamas Hortas. 18 de marzo de 2021.
7. **Catherine Andrea Barreto González, J.A.** Corporación Universitaria Minuto de Dios. *De duelo perinatal: Revisión teórica.* [En línea] 2019. [Citado el: 8 de Marzo de 2021.] https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/7723/T.P_BarretoGonzalezCatherineAndrea_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
8. **UMAMANITA.** INTRODUCCIÓN: La muerte y el duelo perinatal en el contexto sociocultural . [En línea] 2018. [Citado el: 29 de Marzo de 2021.] https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/11/Cap.-0-Informe-Umamanita-Introducción-La-Muerte-y-El-Duelo-Perinatal-en-Contexto.pdf.
9. **Miño, Stephany Espinosa.** Repositorio digital universidad de las américas. *Las creencias religiosas y su relación con el proceso de elaboración del duelo ante muertes en familias pertenecientes a un movimiento católico.* [En línea] 2013. [Citado el: 31 de Marzo de 2021.] http://dspace.udla.edu.ec/jspui/bitstream/33000/3933/1/UDLA-EC-TPC-2013-14%28S%29.pdf.
10. **Sara Fernández-Basanta, Carmen Coronado, María Jesús Movilla Fernández.** O Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ). *Barreras y facilitadores en el afrontamiento de la pérdida perinatal: Una meta -etnográfica.* [En línea] 2019. [Citado el: 16 de Marzo de 2021.] https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2173/2101.
11. **L.H.Sampayo.** Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo. [En línea] 12 de marzo de 2019. [Citado el: 3 de Mayo de 2021.] https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96328/1/CultCuid_54-59-66.pdf.
12. **R.U.Rey.** Cuidados del proceso de duelo y muerte perinatal. *Servizo Galego de Saúde.* [En línea] 15 de Octubre de 2018. [Citado el: 4 de Mayo de 2021.]
13. **Rey, Sonia Uceira.** Cuidados en el proceso de duelo y muerte perinatal. *Servizo Galego de Saúde.* [En línea] 15 de Octubre de 2018. [Citado el: 4 de Mayo de 2021.]
14. **Bianco, G.** VII Jornada de Salud Perinatal. *Acompañamiento en el duelo prenatal y perinatal.* [En línea] 24 de Noviembre de 2014. [Citado el: 5 de Mayo de 2021.] https://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/1_3_perda_perinatal_Gabriela.pdf.
15. **Umaminita.** Umamanita: una asociación pionera. [En línea] 2021. [Citado el: 14 de Mayo de 2021.] https://www.umamanita.es/sobre-umamanita/.
16. **Catherine Andrea Barreto González, Julieth Andrea Sánchez Bejarano.** Corporación Universitaria Minuto de Dios. *Duelo perinatal: Revisión teórica.* [En línea] 2019. [Citado el: 8 de Marzo de 2021.] https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/7723/T.P_BarretoGonzalezCatherineAndrea_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
17. **Bianco, Gabriella.** Acompañamiento en el duelo prenatal y perinatal. *VIII Jornada de Salud perinatal.* [En línea] 24 de Noviembre de 2014. [Citado el: 5 de mayo de 2021.] https://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/1_3_perda_perinatal_Gabriela.pdf.

Liderazgo enfermero: pieza clave para afrontar los desafíos sanitarios actuales y futuros

Fernández Croas, M.ª Luisa Maria
Luisa.Fernandez.Croas@sergas.es

RESUMEN

Este estudio cualitativo tiene como objetivo general demostrar cómo el liderazgo de los profesionales enfermeros puede contribuir de forma eficiente en los desafíos presentes y futuros que se nos presentan en temas relacionados con la salud. Al mismo tiempo, empoderar la experiencia y conocimientos que estos profesionales poseen para poder decidir sobre las políticas sanitarias actuales y futuras.

La obtención de datos se realizó mediante una entrevista online, individual, anónima y abierta a enfermeros profesionales de la salud del Área sanitaria de Lugo, Monforte y Burela, así como a profesores y alumnos de la Escuela de Enfermería de Lugo adscrita a la Universidad de Santiago de Compostela (USC).

Con ello, se identifican las ventajas de un liderazgo participativo y cómo este favorece el trabajo en equipo, donde el liderazgo se centra en las personas dándoles un valor a su individualidad, a sus capacidades y sus potencialidades para con ello enriquecer y conseguir un orgullo de pertenencia al grupo y en consecuencia favorecer el trabajo en equipo.

El enfermero como líder debe incentivar comportamientos y actitudes que contribuyan al fortalecimiento de relaciones interpersonales del contexto organizacional. El apoyo del líder es un aspecto esencial en todas las culturas y contextos organizacionales, ejerciendo una influencia positiva tanto en la satisfacción laboral como en la salud de los subordinados.

Palabras claves: Liderazgo, Rol de la Enfermera, Colaboración Intersectorial, Servicios de Salud, Legislación de Enfermería.

ABSTRACT

This qualitative study has as a goal to prove how nurse professionals' leadership can contribute in an efficient way in current and future challenges presented in health care themes. At the same time, to empower the experience and knowledge these professionals have, to be able to make decisions on current and future health policies.

The data collection was made through an online, anonymous and open interview to nurse health care professionals in the Lugo, Monforte and Burela health care area, as well as professors and students from Nurse School of Lugo affiliated to the Universidad de Santiago de Compostela (USC).

Thru it, we identified the advantages of a participative leadership and how it can encourage teamwork, where leadership is centered in people, giving value to their individuality, their capacities and their potentials to enrichen and obtain a group belonging pride and in consequence to improve teamwork.

The nurse as a leader must encourage behaviors and attitudes that contribute to strengthen the interpersonal relationships in the organizational environment. The leader's support is an essential aspect in every culture and organizational context, exerting a positive influence both in work satisfaction as in the subordinate's health.

I. INTRODUCCIÓN

Un tema apasionante y de vital importancia para la constitución de los tramados conceptuales de la epistemología enfermera y la importancia del papel que juega dentro de los paradigmas en el desarrollo de la disciplina enfermera, es sin lugar a duda, el del liderazgo de los profesionales enfermeros como pieza clave para afrontar los desafíos sanitarios actuales y futuros, en un sistema sanitario más holístico, eficiente y de calidad.

Este trabajo es el diseño de una investigación cualitativa basada en entrevistas a profesionales de la salud para recoger y evaluar datos relativos al liderazgo de enfermería para luego desarrollarlo en su totalidad en una segunda fase de investigación, por lo tanto, va dirigido a todos los profesionales enfermeros que desarrollan su profesión dentro del sistema sanitario en cualquiera de sus facetas y ámbito profesional; en especial a todos aquellos que estén interesados en comprender el fenómeno del liderazgo como un proceso clave en el éxito de las organizaciones sanitarias del futuro.

Poder ir descubriendo a lo largo de este trabajo al líder como un individuo en posesión innata de unas características facilitadoras, aunque no determinantes, de adquisición de habilidades para ejercer el liderazgo, resultará de un gran valor profesional dentro del campo de la enfermería. Los avances en neurociencia indican que los nuevos hallazgos podían tener implicaciones prácticas en formación de nuevos líderes.

Los nuevos escenarios a nivel tecnológico, económico, de participación del paciente, de nuevos modelos de gestión sanitaria, afrontar y gestionar recursos humanos y materiales en situaciones de pandemias... son grandes retos que se presentan a los profesionales de la salud haciendo necesario descubrir posibles líderes futuros y formarlos desde la universidad a la práctica asistencial para así dar un valor científico al método utilizado por los profesionales enfermeros tanto a nivel de liderazgo en los cuidados como en la de grupos multidisciplinares.

Dentro del desarrollo de este trabajo de investigación queremos dejar patente la diferencia entre los conceptos asociados que tienden a solaparse, tal es el caso de liderar y gestionar. El primero se vincula a la dirección en términos de efectividad, mientras que la gestión se dedicará a la administración de recursos en términos de eficiencia.

Identificaremos las ventajas de un liderazgo participativo, y como este favorece el trabajo en equipo, donde el liderazgo se centra en las personas dándoles un valor a su individualidad, a sus capacidades y sus potencialidades para con ello enriquecer y conseguir un orgullo de pertenencia al grupo.

La diversidad y la grandeza del profesional enfermero radica, sobre todo, en su versatilidad para adaptarse a los equipos multidisciplinares de los que forma parte, sin menoscabar el respecto a las actuaciones de los demás profesionales con los que desarrollan su actividad diaria.

La profesión de enfermera es única debido a la gama de niveles de roles que desempeña en el sistema de salud, dentro de las comunidades con las personas y familiares. Son los profesionales más cercanos en lo que se refiere a la prevención y promoción de la salud, así como en los cuidados durante la enfermedad.

Es por ello la importancia del liderazgo enfermera como pieza clave dentro de los organismos nacionales e internacionales donde se deciden políticas de salud y toma de decisiones que garanticen un sistema sanitario moderno más holístico, eficiente y de calidad.

II. MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo de diseño o estudio.

Estudio cualitativo

B. Población de estudio.

Profesionales del área de la salud.

C. Método de recogida de datos.

Se reunirán los datos mediante entrevistas *online*, abiertas, anónimas e individuales para el personal de salud.

D. Descripción y definición de la intervención

Los entrevistados deberán contestar a una encuesta de seis preguntas abiertas, que se realizará a los participantes que cumplan los criterios de inclusión y acepten participar en el estudio.

Las preguntas se realizarán mediante un correo electrónico a todos los profesionales del área sanitaria de Lugo, Monforte y Burela y a los profesores y alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo adscrita a la Universidad de Santiago de Compostela (USC). Se realizará de forma anónima y abierta, alentando al relato, con el objetivo de que todos los participantes del estudio expresen cómodamente y de forma personal la subjetividad de la experiencia, favoreciendo la libre expresión.

1. *Captación de participantes de perfil adecuado:* Se hará un llamamiento general a los profesionales de la salud que trabajen en centros de salud y hospita-

les, así como profesores y alumnos de enfermería; sin importar la edad de quienes quieran participar en una encuesta sobre liderazgo.

2. *Programa de sesiones:* La entrevista se realizará de manera *online* y estará disponible durante un periodo de dos meses, almacenándose los datos en google Drive.
3. *Necesidades y costes:*
   Para realizar el estudio se necesitará un responsable de la investigación, que será Mª Luisa Fernández Croas.
   En recursos materiales se necesitará al menos un ordenador y dispositivo de almacenamiento para conservar la información.

E. Entrada y gestión informática de los datos

Las entrevistas y la información de los entrevistados permanecerán siempre resguardada para impedir acceso no autorizado.

F. Aspectos éticos y legales de la investigación.

Al tratarse de una entrevista *online* y anónima, donde los entrevistados contestan a las preguntas voluntariamente y de forma anónima. No es susceptible de necesitar aprobación del comité de Ética.

G. Guión de preguntas para entrevista.

1. ¿Qué entiendes por liderazgo y qué habilidades o características tiene un líder?
2. ¿Has tenido experiencia cercana con una persona o enfermera que ejerza liderazgo?
3. ¿Cómo el liderazgo de los profesionales enfermeros puede contribuir de forma eficiente en los desafíos presentes y futuros?
4. ¿Cómo el liderazgo de los profesionales enfermeros se presenta en temas relacionados con la salud en cualquiera de sus procesos: ¿prevención, educación, cuidados y gestión?
5. ¿Cómo el liderazgo de los profesionales enfermeros puede contribuir a las decisiones políticas sanitarias actuales y futuras?
6. ¿Ves a los profesionales enfermeros como líderes y gestores de equipos multidisciplinares dentro de un sistema sanitario moderno, eficiente y de calidad?

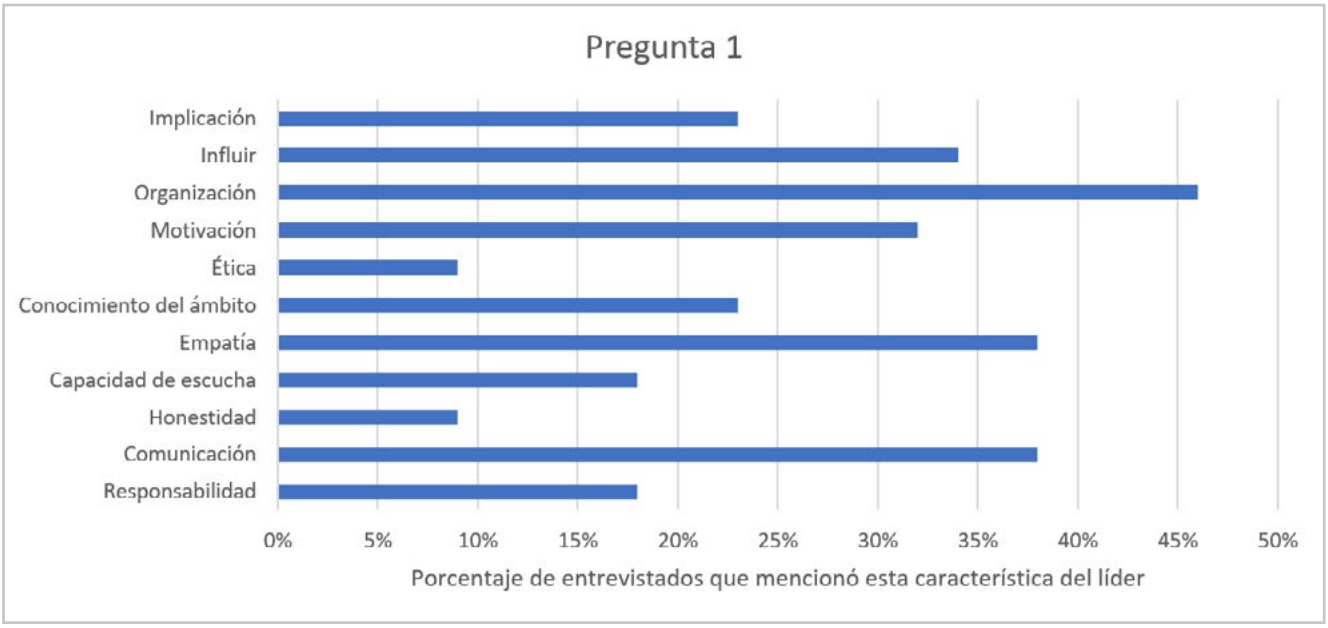
III. RESULTADOS

Tras distribuir la encuesta, se alcanzaron 75 respondientes, las respuestas fueron depuradas eliminando las repetidas e incompletas, con lo que se analizaron finalmente los datos de 66 respondientes, después de descargar los datos en Excel, se inició el análisis de respuestas.

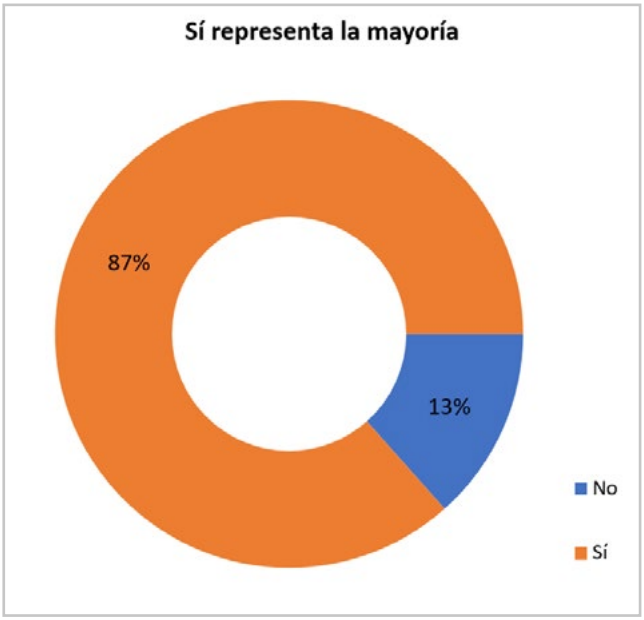
Las respuestas fueron abiertas y se identificó una buena participación, observando que los participantes compartieron perspectivas de sus centros de trabajo y de su experiencia profesional.

A la pregunta 1. ¿Qué entiendes por liderazgo y qué habilidades o características tiene un líder?

Hubo una importante reiteración de algunos conceptos entre los entrevistados.



Ante la pregunta 2. ¿Has tenido experiencias cercanas con una persona o enfermera que ejerza liderazgo? El 86.6% de los entrevistados tuvo una respuesta positiva, el 13.4% respondió que no ha tenido experiencias cercanas con una persona o enfermera que ejerza el liderazgo.



En la pregunta 3. ¿Cómo el liderazgo de los profesionales de enfermería puede contribuir de forma eficiente en los desafíos presentes y futuros? hubo heterogeneidad en las respuestas, aunque el concepto nuclear fue que la enfermería es frecuentemente el puente que une la visión y/o emoción del paciente y el tratamiento médico, debido a la cercanía que el paciente siente con el profesional de enfermería y que permite que el profesional enfermero tenga una perspectiva más completa de cada caso y cada paciente, por lo que, mediante criterio científico, formación académica adecuada y potenciadores de talento, el profesional enfermero sería la persona ideal para formar parte de la toma de decisiones en el ámbito en que se desempeña.

A la pregunta 4. ¿Cómo el liderazgo de los profesionales de enfermería se presenta en temas relacionados con la salud en cualquiera de sus procesos: prevención, educación, cuidados y gestión? las respuestas aludieron al poder que tiene el personal enfermero para influir en la población y auxiliar a la prevención de patologías a través de la educación que puede otorgar a sus pacientes, apoyándose en la cercanía y confianza que tiene con ellos y sus familiares.

Un concepto repetido en varias respuestas es "agente de cambio" con el que entendemos que el profesional de enfermería tiene el poder de incidir de forma positiva en todos los ámbitos en los que se desarrolla.

El profesional de enfermería puede apoyar en la prevención fomentando el autocuidado de los pacientes, del medio en el que habitan y del seguimiento de recomendaciones de salud.

En la educación fortaleciendo la combinación de funciones de docente y de asistencia que presta en su respectivo lugar de trabajo, ejerciendo como ejemplo para sus compañeros de trabajo y también prestando sus conocimientos para instruir al paciente.

En los cuidados empleando el conocimiento científico y aplicándolo a la atención sanitaria que presta, integrando la empatía, la ciencia y la práctica.

En la gestión fomentando los roles de administración y el desarrollo de liderazgo a través del empoderamiento de conocimientos y capacidades del profesional de enfermería, llegando a actuar perfectamente en puestos de gestión y administración sanitaria.

A la pregunta 5. ¿Cómo el liderazgo de los profesionales de enfermería puede contribuir a las decisiones políticas sanitarias actuales y futuras?

La mayoría de respuestas hizo hincapié en la poca consideración que recibe el profesional de enfermería cuando se trata de tomar decisiones.

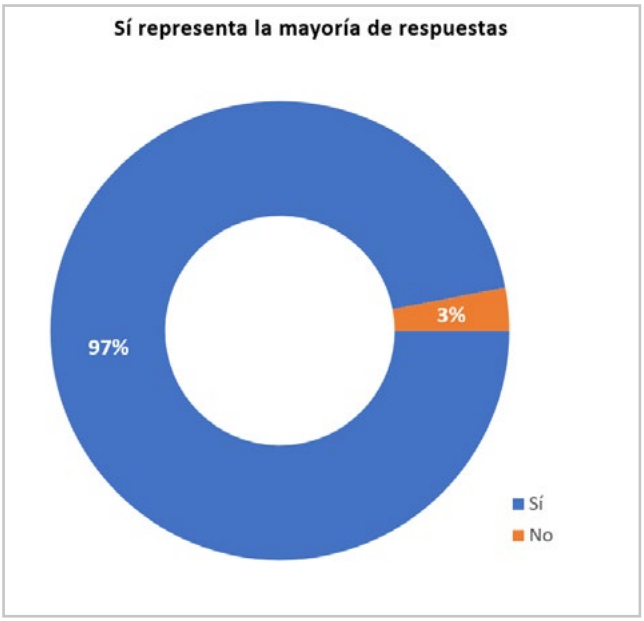
Algunas respuestas resaltan también la necesidad de crear unión entre el gremio para que sus opiniones generen consenso y así se extrapolen a políticas sanitarias.

Un par de respuestas apelan a la necesidad de que los profesionales de enfermería se involucren en política para poder poner el foco de atención en el trabajo que los enfermeros realizan con escasez de elementos tanto humanos, físicos y de formación.

Un concepto que se repite es la necesidad de que el colectivo de profesionales de enfermería exija tener representación en los comités y organismos que toman decisiones que les afectan.

En la pregunta 6. ¿Ves a los profesionales enfermeros como líderes y gestores de equipos multidisciplinares dentro de un sistema sanitario moderno, eficiente y de calidad?

Las respuestas, aunque extensas, se centraban en una opinión positiva.



IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el análisis de las respuestas es importante tomar en cuenta que hubo una buena cantidad de entrevistados que prestaron sus conocimientos y puntos de vista para poder obtener perspectivas diferentes dentro del gremio.

En la pregunta 1. ¿Qué entiendes por liderazgo y qué habilidades o características tiene un líder? el consenso de los entrevistados fue que el liderazgo es una habilidad aprendida para influir, motivar y organizar personas y recursos para cumplir objetivos pautados, es importante poner en relieve que el colectivo del personal de salud entrevistado tiene claro lo que requieren para poder trabajar bien y obtener los mejores resultados posibles en sus respectivos ámbitos.

Casi la mitad de entrevistados dijo que un líder debe tener como habilidades principales la organización (46%), la empatía (38%) y la comunicación (38%), algunos mencionaron haber tenido líderes con estas características y otros mencionaron que los líderes que tienen carecen de estas características.

Esto es un punto que permite conocer algunas habilidades que se pueden trabajar en personal que quiera ejercer como líder y que puede lograr cambios en el entorno en que desarrolla su profesión.

En la pregunta 2. ¿Has tenido experiencias cercanas con una persona o enfermera que ejerza liderazgo? la mayoría de los entrevistados dijo que sí ha tenido experiencias cercanas con una persona o enfermera que ejerza liderazgo (86.6%) y es de extrañar que el 13.4% restante no haya tenido contacto alguno con un líder en algún momento de su desarrollo profesional, una persona respondió que nunca ha trabajado con un profesional de enfermería que ejerza el liderazgo.

Es penoso obtener esta respuesta, pero es importante tomarlo como una oportunidad para impulsar el crecimiento de más profesionales de enfermería que ejerzan como líderes en sus campos y así transformen la percepción de falta de liderazgo que pueda restar en el entorno.

Pero tomando en cuenta el aspecto positivo, es muy alentador saber que casi el 90% de los profesionales entrevistados ha conocido a un líder en sus áreas de trabajo, porque esto impulsará que muchos otros puedan imitar las características que les hayan resultado admirables y lleguen así a ser buenos líderes.

A la pregunta 3. ¿Cómo el liderazgo de los profesionales de enfermería puede contribuir de forma eficiente en los desafíos presentes y futuros? hubo gran heterogeneidad de respuestas pero lo intrínseco en ellas fue el deseo de lograr el empoderamiento del colectivo enfermero para conseguir hacerse ver y ser considerados como un referente digno de liderazgo, es imperativo que existan más profesionales enfermeros implicados en la toma de decisiones en cada ámbito y para ello es necesario que existan más y mejores líderes en el ramo y que los que ya existen sean apoyados para lograr exponer las necesidades de los profesionales de enfermería.

Los profesionales de enfermería tienen el privilegio de tener una relación más cercana con los pacientes que otros profesionales de la salud debido en parte a la constancia en el tipo de cuidados que prestan, y por ello tienen una visión más holística y de puente que une al paciente con la atención a la salud y la ciencia, y es por esto que los profesionales enfermeros tienen la capacidad de incidir de forma positiva y trascendente en el resultado del enfermo mediante el criterio científico y la preparación adecuada para cada ámbito de trabajo.

El punto importante de estas respuestas fue, mediante el liderazgo en enfermería, el gremio puede beneficiar a sus pacientes involucrándose en la toma de decisiones para hacerlas más accesibles y adecuarlas a cada necesidad específica.

En la pregunta 4. ¿Cómo el liderazgo de los profesionales de enfermería se presenta en temas relacionados con la salud en cualquiera de sus procesos: prevención, educación, cuidados y gestión? el concepto central fue "agente de cambio", el profesional de enfermería puede fungir como un líder que ayuda a cambiar para mejor cualquier entorno en el que desarrolle su actividad.

Foto: Amirreza JB (unsplash.com).

Para ejercer como líder y lograr estos cambios, el profesional de enfermería puede actuar en cada uno de los procesos de la salud, apoyando a la prevención de enfermedades o complicaciones explicando de forma más cercana los cuidados que un paciente debe tener para mejorar significativamente su salud.

El profesional de enfermería ejerce como educador siempre, educando a sus pacientes y también compartiendo conocimiento con sus pares y con otros colectivos del cuidado de la salud.

Una respuesta mencionaba que actualmente hay poca consideración del profesional de enfermería como líder, en parte por la concepción errónea de que las decisiones en materia de salud debe tomarlas el gremio médico, cuando el líder en enfermería está perfectamente capacitado para tomar decisiones basándose en experiencia y conocimiento científico de cada caso, un líder en enfermería debe tener autonomía para tomar decisiones para su entorno laboral y con la formación adecuada, es la persona más facultada para ello.

A la pregunta 5. ¿Cómo el liderazgo de los profesionales de enfermería puede contribuir a las decisiones políticas sanitarias actuales y futuras? la mayoría de respuestas mencionaba que actualmente no hay mucha implicación de enfermería en decisiones políticas sanitarias, pero que evidentemente, es necesario incluir todo lo que el profesional enfermero puede brindar a la discusión.

El punto en común es la necesidad de que existan más líderes que sirvan como ejemplo en el ámbito enfermero y que estos líderes se involucren en la creación de políticas sanitarias para lograr llevar estos ideales del buen profesional de enfermería a traducirse en la implementación de leyes que mejoren las condiciones laborales y de atención sanitaria que enfermería presta a sus pacientes.

Ha sido especialmente llamativa la respuesta de un encuestado que dice que parte de la poca consideración que se tiene del profesional de enfermería como un líder natural es por la antigua concepción de que la enfermería es una profesión femenina que únicamente presta cuidados que el médico hombre indica, cuando

sabemos que el profesional de enfermería ejerce su profesión desde el conocimiento científico y humano de su quehacer y por lo tanto está tan capacitado como cualquier otro profesional sanitario para tomar decisiones y acciones en su campo de trabajo.

Por último, en la pregunta 6. ¿Ves a los profesionales enfermeros como líderes y gestores de equipos multidisciplinares dentro de un sistema sanitario moderno, eficiente y de calidad? la inmensa mayoría ha tenido una respuesta positiva, lo cual se puede tomar como el deseo del gremio de la salud de ver al profesional de enfermería rompiendo esos viejos esquemas de sumisión y empoderándose para tomar puestos decisivos de liderazgo dentro de sus ámbitos de desempeño.

En esta pregunta, se obtuvieron respuestas que aluden directamente al gran potencial que tiene el profesional enfermero para ejercer el liderazgo englobando la visión de pacientes y otras aristas de la atención a la salud, hay mucha esperanza en ver a la enfermería tomar papeles más notorios de liderazgo en salud.

Finalmente, se puede concluir que las habilidades básicas de liderazgo son características adquiridas y se pueden desarrollar con el aprendizaje y la experiencia. El líder tiene que fomentar el desarrollo de ambientes de trabajo en los que las personas puedan expresar todo su potencial como una consecuencia de la satisfacción, ya que, trabajadores satisfechos serán más productivos y estarán más comprometidos con la organización. Realizar el trabajo con significado, da valor a la individualidad de sus miembros, a sus capacidades y sus potencialidades para con ello enriquecer y conseguir el sentimiento de pertenencia al grupo, así mismo, el sentido de afiliación, autoestima y autorrealización de los integrantes de la organización; hace que los trabajadores se sientan más satisfechos con su labor.

Lo que diferencia a una líder de un gerente es: Un líder es aquel que involucra a su equipo en el diálogo, comparte y busca activamente la retroalimentación, práctica la toma de decisiones participativas y es percibido como abierto e involucrado, por otro lado, un gerente ejerce su influencia (ejercicio real del poder) a través de un cargo.

El liderazgo participativo permite que el líder y los colaboradores se comprometen a cumplir objetivos en común y liderazgo centrado en las personas está fuertemente fundamentado en la confianza y en la capacidad del líder de establecer vínculos sólidos con los colaboradores.

Las instituciones de salud están conformadas por grupos multidisciplinares, el trabajo en equipo es la estrategia más usada por las organizaciones para llevar a cabo sus proyectos.

El enfermero como líder del mañana debe incentivar comportamientos y actitudes que contribuyan al fortalecimiento de relaciones interpersonales del contexto organizacional, donde el apoyo del líder a sus compañeros es un aspecto esencial en todas las culturas y contextos organizacionales, ejerciendo una influencia positiva tanto en la satisfacción laboral como en la salud de los subordinados.

REFERENCIAS

1. CONTRERAS F, BARBOSA D, PIÑEROS R., 2016, Liderazgo: antecedentes, tendencias y perspectivas de desarrollo. *Rosario U del, editor.* Bogotá.
2. JOHANSSON C, MILLER VD, HAMRIN S., 2014, Conceptualizing Communicative Leadership: A Framework for Analysing and Developing Leaders' Communication Competence. *Corp Commun An Int J.;*19(2):147–65.
3. ALGAHTANI, A., 2014, Are leadership and management different? A review. *Journal of Management Policies and Practices,* 2(3), 71-82.
4. SOSIK J, GODSHALK V., 2000, Leadership Styles, Mentoring Functions Received and Job-Related Stress. A Conceptual Model and preliminary results. *J Organ Behav.;* 21(4):365–90.
5. BARBOSA RAMÍREZ, D., CONTRERAS TORRES, F., y PIÑEROS ESPINOSA, R., 2016, Liderazgo: antecedentes, tendencias y perspectivas de desarrollo. *Editorial Universidad del Rosario*
6. MORALES, A., y ISABEL, M., 2016, Nuevas Tecnologías y nuevos retos para el profesional de enfermería. *Index de Enfermería,* 25(1-2), 38-41.
7. GARCÍA-ABAD MARTÍNEZ M., 2010, Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados [Internet]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/267565797_Enfermera_gestora_de_casos_clave_para_la_continuidad_de_cuidados
8. GONZÁLEZ, J. y WAGENAAR, R., 2003, Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Fase 1. *Bilbao: Universidad de Deusto*, 339 pp.
9. JIMÉNEZ, G. Á., 2006, Concepciones acerca del liderazgo de Enfermería. *Enfermería Global*, 5(2), 1-12.
10. MARQUÉS-SÁNCHEZ M, MUÑOZ-DOYAGUE M, RIVERA J, BAYÓN-DARKISTADE E, CASADO VERDEJO I., 2014, Resumen de El liderazgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo:

un estudio exploratorio con aplicación del Análisis de Redes Sociales - *Dialnet* [Internet]. Dialnet@unirioja.es. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5172221&info=resumen

11. MORÁN PEÑA L., 2016, Enfermería y gobernanza en salud. Los retos y algunos caminos por recorrer. *Aladefe*. abril 2016 N.º 2 Volumen 6.
12. VILLEGAS-GUTIÉRREZ, N., SOTO-ARREOLA M., MELJEM-MOCTEZUMA J., PÉREZ CASTRO Y VÁZQUEZ, J., 2018, Escuela de Enfermería Escandón. México. *Universidad ICEL*, campus Tlalpan. México.
13. NÚÑEZ S, CID-HENRÍQUEZ P., 2015, Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería [Internet]. *Aquichan.unisabana.edu.co.* Disponible en: http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3511/3849
14. QUEZADA TORRES C., ILLESCA PRETTY M., CABEZAS GONZÁLEZ M., 2014, Percepción del liderazgo en las(os) enfermeras(os) de un hospital del sur de Chile. *Cienc. Enferm*. [Internet]. Ago 20(2): 41-51. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200005&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S071795532014000200005
15. REJANO, C., 2016, Liderazgo, organización y género. Discurso de mandos intermedios de enfermería en hospitales públicos de Andalucía, España. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, Vol. 7(1). 120 – 136
16. RODRIGUEZ-AVILA N, RIERA I PRUNERA C, MORENO-ARROYO C., 2017, La competencia de liderazgo en el grado de enfermería: Un análisis factorial de componentes principales [Internet]. *Diposit.ub.edu.* Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/106722/1/667466.pdf
17. RODRÍGUEZ MARRERO B., 2016, Liderazgo y trabajo en equipo, estrategia de las organizaciones hacia el futuro [Internet]. *Dialnet.unirioja.es.* Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6174077.pdf
18. SORIA, MT., 2013, Diseño de una escuela de liderazgo enfermero [Trabajo *Fin de Máster]. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.* Máster en Gestión de Cuidados de Enfermería.
19. SOUZA E SOUZA, L., FERREIRA CORDEIRO, A., NUNES DE AGUIAR, R., VELOSO DIAS, O., VIEIRA, M., y RAMOS, L., 2013, El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. *Enfermería Global*, 12(30), 268-280. de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000200013
20. GIMÉNEZ ESPERT, M. D. C., 2016, Actitudes hacia la comunicación, inteligencia emocional y empatía en enfermería.
21. KENNEDY, A., 2019, En cualquier parte del mundo donde haya enfermeros, encontrarás líderes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* 27.
22. GURRUTXAGA, M. I. U., 2018, Responsabilidad en los cuidados enfermeros: poniendo en el centro a la persona. *Revista de Enfermagem* Referência, 4(17), 161-169.
23. MEJÍA, M., y MELITZA, M., 2018, Empoderamiento en el cuidado humanizado de enfermería, garantizará una gestión de calidad.
24. CORREA RAMÍREZ, S. R., 2019, Factores intrínsecos-extrínsecos y gestión del cuidado de enfermería en centro quirúrgico y cirugía. Hospital regional. Nuevo Chimbote.
25. VILLEGAS-GUTIÉRREZ, N. B., SOTO-ARREOLA, M., MELJEM-MOCTEZUMA, J., y PÉREZ CASTRO Y VÁZQUEZ, J. A., 2018, Nursing supervisor profile in a medical unit of high speciality. *Revista CONAMED*, 23(1), 28-32.
26. VIZCAYA-MORENO, M. F., PÉREZ-CAÑAVERAS, R. M., JIMÉNEZ-RUIZ, I., y JUAN, J. D., 2018, Percepción de los estudiantes de enfermería sobre la supervisión y entorno de aprendizaje clínico: un estudio de investigación fenomenológico. *Enfermería Global*, 17(51), 306-331.
27. RAFAEL, S., y MANUEL, J., 2019, Gestión enfermera: supervisión de Enfermería Hospitalaria.
28. AGUDO BUSTILLO, M., 2019, Los cuidados enfermeros, garantía de futuro.
29. GASTAÑADUI, R., y HENRY, N., 2018, Liderazgo transaccional y transformacional con el desempeño laboral según el proceso de atención de enfermería en los profesionales de enfermería estudiantes de las especialidades en la Unidad de Posgrado UPeU, Lima-2017.
30. MOLINA, C., y ISABEL, M., 2019, Estilos de liderazgo y gestión de recursos humanos en los servicios de salud en la red Cusco Norte.
31. FRKOVICH MALLQUI, B., 2018, Relación entre los estilos de liderazgo y el compromiso organizacional.

Registro visual, fotografico, de las heridas vasculares y ulceras del pie diabetico; un paso hacia adelante en el proceso de atención enfermero

Investigador principal: **López Morán, Natalia.**
Investigadores Colaboradores: **Gómez López, Marta. López González, Natalia. Rodríguez Novo, Ángeles. Labrada Novo, Carmen. Dos Santos Sánchez, Consuelo.Fernández Vidal, Alicia. Rodríguez Picado, María José.**

INTRODUCCIÓN

La enfermería siempre se ha relacionado con la valoración, prevención y tratamiento de las heridas (6). Estas lesiones, se han convertido en un medidor de la calidad de los cuidados brindados al paciente. A pesar de lo enunciado, generalmente no se ha dado toda la importancia que merecen estas lesiones por parte de un gran grupo de profesionales sanitarios, y esto ha hecho que se consideren como un "problema secundario" o algo inherente a la situación de salud de las personas que las padecen (2).

La forma en que las heridas son medidas a menudo es subjetiva, lo que hace que evaluar la eficacia de los tratamientos se haga de manera errónea y se llegue a la parcialidad.

El contar con una óptima documentación de valoración de las heridas es fundamental debido a razones clínicas, legales, de investigación, de docencia, de administración de recursos materiales y humanos y de comunicación con los diferentes miembros del equipo de salud.

Palabras clave: Planimetría digital, heridas vasculares, diagnóstico, evaluación, enfermería, fotografía.

ABSTRACT:

Nursing has been always associated with the assessment, prevention and treatment of wounds. These injuries, has become a quality measure for patient care. Despite this, a great number of medical professionals has not given great importance to this kind of injuries, and this has leaded to consider them as a minor problem or something connected to the health condition of the people suffering from it.

Wounds are very often measure in a subjective manner, what leads to an erroneous assessment of the efficacy of treatments, resulting in partiality.

Appropriate documentation for the assessment of wounds is essential for medical reasons but also for legality, research, teaching, human and material resources management and communication between the members of the health care team.

Keywords: Digital planimetry, vascular wound, diagnosis, assessment, nursing, photo or photography.

JUSTIFICACION

Las heridas vasculares constituyen un gran reto para los profesionales de enfermería, dado que su prevalencia oscila entre el 0,10% - 0,30%, su incidencia es entre 3 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Estas cifras se duplican en segmentos de población mayores de 65 años. Destacando su alta cronicidad y recidiva, de las cuales entre el 40-50% permanecerán activas entre seis meses y un año, y un 10% alcanzarán hasta los 5 años de evolución.

Las úlceras o heridas de etiología venosa son las más frecuentes, entre un 75- 80%.

En cuanto a las úlceras o heridas de etiología arterial presentan una prevalencia entre 0,2 -2% y una incidencia de 220 casos nuevos por cada millón de habitantes año.

Las úlceras o heridas del pie diabético son una complicación que padecerán entre el 15-25% de los pacientes diabéticos, y además el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes, así como primera causa de amputación no traumática en el mundo, suponen una gran carga personal, familiar y social con elevados costes económicos para el sistema de salud. Según el Consenso Internacional sobre el Pie Diabético, se estima que en el 2025 se alcanzará la cifra de 380 millones de diabéticos, el 7,1% de la población, afectando de forma progresiva a pacientes cada vez más jóvenes (7).

La Organización Mundial de la Salud (12) define el Síndrome del Pie Diabético como la "presencia de ulceración, infección y/o gangrena en el pie asociada a neuropatía diabética y a diferentes grados de enfermedad vascular periférica como consecuencia de la interacción compleja de diferentes factores inducidos por una hiperglucemia mantenida. Por todo ello, resulta conveniente abordar y realizar una valoración y manejo adecuado de este tipo de úlceras, puesto que suponen una gran carga personal, familiar y social, con elevados costes para el sistema sanitario" (1).

El proceso de atención de enfermería (PAE), es el método científico aplicado en el área asistencial del rol que cumple enfermería, y que permite entregar cuidados de calidad, cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad (1). Consta de cinco etapas que se relacionan entre sí: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

(2) La valoración es la primera etapa del proceso de atención de enfermería, y consiste en la obtención y organización de los datos en relación a la persona, su familia y entorno. Sirve de base para entregar una atención de calidad, formulando diagnósticos de enfermería y desarrollando acciones que permitan una mejoría en su salud (2).

Al realizar la valoración de una persona que posee una herida, es necesario desarrollarla de forma exhaustiva, con el objetivo de obtener una información completa y detallada.

La valoración de la herida debería incluir datos precisos como información completa del paciente, causa o tipo de herida, localización, tamaño, profundidad, exudado, y tipo de tejido (3).

Principalmente el profesional de enfermería es el encargado de llevar a cabo la función de la valoración de la herida y la monitorización de las actividades relacionadas a ella, por tal razón es de vital importancia que su evaluación se desarrolle de manera responsable y exhaustiva.

Esta información se debe plasmar en un registro de enfermería, que es el testimonio documental sobre actos y conductas profesionales, donde queda reflejada toda la información sobre la actividad de enfermería en lo que concierne a la persona, su tratamiento y su evolución (1, 4, 5)

(4) La valoración del cuidado de la herida es uno de los aspectos que requiere más detalle, precisión y tiempo por parte del profesional de salud, que tiene a cargo el cuidado de las personas con alteración de la integridad de la piel. Se requiere una sólida base de conocimientos en relación al tema para desarrollarla de forma correcta y precisa. Una valoración completa de la herida y un registro adecuado de ésta son dos elementos cruciales para realizar un cuidado efectivo. La valoración inicial y el seguimiento del cuidado de la herida entregan la información necesaria para realizar una planificación consistente del cuidado y así asegurar un tratamiento de calidad para el usuario (7).

El contar con un registro electrónico cobra importancia ya que puede integrar medidas cuantitativas como la tasa de cicatrización y otros datos clínicos relevantes en tiempo real.

Es por ello que los términos utilizados en el registro de la herida, deben representar datos objetivos, que permitan la descripción de la evolución de la herida y los cambios del plan de enfermería establecidos (8,10).

Los registros de enfermería (3) deben cumplir estándares básicos, para ser considerados registros de calidad: deben ser reales, exactos, completos, actuales y organizados (6, 7, 8). Se considera que solo a través de la

utilización de datos fiables, los responsables de atención de salud son capaces de determinar las áreas prioritarias para mejorar la calidad de atención.

El aumento de la demanda en la práctica basada en la evidencia hace que lograr resultados óptimos en la valoración, el tratamiento y coste-efectividad se haya vuelto una prioridad. Esto, sumado a la poca validez de los instrumentos existentes, hace necesaria la adopción de un enfoque común en el que se estandarice un método fiable, que posea sensibilidad al cambio y que sea válido, de manera que permita tomar decisiones rápidas y concretas en la herida que se está tratando. (7)

No existen estándares escritos sobre la cantidad de información que se debe incluir en el registro de la valoración de una herida, así como tampoco existe una plantilla o documento ideal que se haya establecido como el más efectivo para realizar la valoración de ésta. Sin embargo, los formatos que se completan de forma rápida y fácil tienen la tendencia a ser usado regularmente (9).

(5) El desarrollo en las últimas décadas de la informática, ha servido para convertirla en una herramienta imprescindible en la actividad diaria de las distintas profesiones (14). En este contexto surgen los registros electrónicos de salud, como un instrumento de apoyo a la calidad y seguridad de la asistencia médica y de enfermería (12, 15).

El registro electrónico de la valoración de una herida es la documentación escrita y fotográfica de la evolución de ésta y conlleva un proceso de observación, recolección de datos y evaluación. Incluye un registro de la valoración inicial, cambios que se van presentando y las intervenciones realizadas. Esta valoración inicial sirve de base para futuras comparaciones con las evaluaciones que se realizarán a lo largo del proceso de evolución (9).

El registro de la valoración inicial debería incluir la historia completa del paciente como por ejemplo: alergias, factores que pueden promover y alterar la cicatrización, medicamentos, peso y estado nutricional, movilidad, factores sociales y psicológicos. Además de aspectos propios de la herida como su etiología (si la causa de la herida es debido a una causa diabética, vascular, por presión, quirúrgica, quemadura o fístula (7), localización, tamaño, clasificación de la herida (aguda o crónica), tipo de tejido, tipo y cantidad de exudado, olor, piel circundante, signos de infección, dolor y tratamiento aplicado) (7,10).

El registro del cuidado de la herida, es una herramienta fundamental para el desarrollo del cuidado basado en la ciencia, ya que sirve de base para futuras comparaciones. A demás es importante contar con un registro de calidad ya que es un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario (1,7,8,10,11). La administración de una buena atención de enfermería siempre ha dependido de la calidad de la información de que dispone la enfermera, y siempre se ha reconocido al profesional de enfermería como la persona clave para la obtención, la generación y el uso de la información de los pacientes/clientes.

El papel de la enfermera como prestadora y coordinadora de la atención de salud implica que el intercambio y transferencia de información sea una actividad importante en enfermería (12). Por lo tanto, el registro de la evolución de la herida, debe reflejar la calidad del cuidado y entregar evidencia de la responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo de salud (1). En la educación del cuidado de la salud, sin importar la disciplina o especialidad, se especifica que "Si no está escrito, no está realizado" (7).

Contar con una documentación adecuada, permite además realizar investigaciones clínicas y docencia de enfermería, contribuyendo a la formulación de protocolos y procedimientos específicos.

Los registros constituyen una base para la administración de recursos materiales y humanos, permitiendo suplir las necesidades del momento y la planificación a largo plazo. Una descripción precisa de la valoración de la herida es, también, un factor relevante en relación a la protección jurídica, ya que la documentación es la evidencia legal de la calidad de los cuidados de la herida que se proporcionen y es una prueba objetiva del trabajo del personal de enfermería respecto a su conducta y cuidados al paciente y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o como defensa ante una acción legal (1,4,7,10,13).

Además es un sistema que contiene toda la información centralizada del paciente en una sola página: historia médica, listado de medicamentos utilizados, resultado de exámenes de laboratorio, rayos, test vascular, reportes de patología y fotografías en formato digital (19,20). Por lo tanto, contar con un seguimiento de pacientes a través de un registro electrónico de heridas, es una herramienta que podría potencialmente aumentar la seguridad y calidad del cuidado, permitiendo a los profesionales de la salud identificar más fácilmente una herida de difícil cicatrización y realizar una intervención (21).

(6) El contar con una documentación electrónica, puede contribuir significativamente en la disminución de tasas de amputaciones en personas con heridas en

la extremidad inferior, a través de un manejo efectivo de la información y un adecuado análisis de los datos (19,20). Una base de datos electrónica, permite capturar información clínica diversa como valores de exámenes de laboratorio y los resultados del desbridamiento y relacionarlos con otras variables de estudio, como la amputación de una extremidad inferior. La construcción de una base de datos permite realizar seguimiento prospectivo de la valoración de la herida y la correlación con otras variables examinadas, además de permitir al profesional de la salud identificar pacientes con riesgo de amputación y asegurar qué área de la herida está cicatrizando (21).

La gran variabilidad existente en la realización de las curas, así como la cantidad de apósitos y productos disponibles en el mercado, así como los distintos turnos de trabajo (hay que tener en cuenta que no siempre es el mismo profesional el que valora y evalúa la herida), exige que los profesionales de enfermería posean conocimientos y herramientas adecuadas para el diagnóstico diferencial, evaluación y tratamiento integral de este tipo de heridas crónicas.

Dentro del conjunto de herramientas se encuentra la planimetría digital, trazado sin contacto o trazado mediante fotografías. Esta es una técnica en la cual se utiliza una cámara fotográfica. Una vez obtenida la foto, la medición se realiza mediante programas informáticos que, tras su calibración, permiten obtener datos fiables de superficie y perímetro de la herida.

Esta técnica tiene una gran ventaja y es la de contar con un registro visual de las características de la herida, ya que no sólo se identifican las dimensiones de la misma, sino también el tejido presente en el momento de la valoración. Esto puede dar una idea más clara de qué tratamiento se debe elegir. Además, permite visualizar la profundidad y la superficie de la misma y valorar el crecimiento del tejido de granulación en la base de la lesión

OBJETIVOS

Principal:

- "Descripción de una experiencia de registro visual fotográfico, mediante uso de software informático (planimetría digital) en el cuidado de enfermería de heridas vasculares y pie diabético"

Especificos:

- "Describir las manifestaciones clínicas de las heridas sobre el proceso de cicatrización, basándonos en criterios planimétricos".
- "Describir el proceso de curación a través del tiempo".

MATERIAL Y METODOS

1. Diseño: Descriptivo

2. Ambito de estudio: Unidad de hospitalización de cirugía vascular del Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA).

3. Recursos:

- El material bibliográfico obtenido tras la búsqueda extensa realizada para la posterior elaboración del material escrito y realización del trabajo de campo.
- Tableta (prestada por el laboratorio smith&nephew durante el periodo de recogida de datos, devolviéndola a la finalización del proyecto debidamente formateada y liberada de cualquier dato referente a la investigación.
- Software informático independiente MOWA.

POBLACION-CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes ingresados en la unidad de cirugía vascular portadores de heridas vasculares, ulceras pie diabético o que las desarrollen durante su ingreso. Entendiendo por heridas vasculares las ulceras venosas y arteriales, así como aquellas heridas derivadas de las acciones quirúrgicas propias de esta especialidad.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que durante el estudio tengan o sean objeto de tratamientos paliativos sin expectativas de mejoría a largo plazo.
- Menores de edad.
- Aquellos que no firmen el consentimiento informado.

TAMAÑO MUESTRA

Al tratarse de un estudio completamente descriptivo, donde se tratará de plasmar en datos la experiencia de uso de la planimetría digital en el cuidado de las heridas vasculares; y no inferir ningún resultado, no se realiza un cálculo formal del tamaño muestral, sino que se registrará la experiencia de uso en pacientes ingresados consecutivamente durante 6 meses, estimándose que en ese periodo de tiempo se reclutarán 40 pacientes.

Variables:

Factores de riesgo del paciente:

- Edad.
- Genero.
- Tipo de DM.

- Presión Arterial
- Hipercolesterolemia.
- Dislipemia. Hipertrigliceridemia.
- Hiperhomocistinemia.
- Hiperviscosidad.
- Indice de Masa Corporal.
- Índice Tobillo/Brazo (ITB).
- Antecedentes cardiovasculares: Incluyendo en dicha categoría la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular cerebral, vascular periférica y patología renal.
- Palpación de pulsos distales: Cualitativa. Presencia de pulsos pedio y tibial posterior.
- Claudicación intermitente: Claudicación al caminar por un intenso dolor muscular a nivel de las pantorrillas a una distancia mayor o menor de 150m.
- Dieta: Cumplimiento de la dieta en el caso de las patologías de base como DM, HTA.
- Nivel de actividad física regular.
- Evidencia de control clínico por su endocrino.
- Evidencia de control clínico por su cirujano vascular.
- Antecedentes de ulceración.
- Antecedentes de amputación.
- Consumo tabaco: Se Incluyen tanto los individuos que consumen tabaco de forma habitual como los que lo hacen de forma esporádica.
- Consumo de alcohol: Se incluyen tanto los individuos que consumen alcohol de forma habitual como los que lo hacen de forma esporádica

Características clínicas de la úlcera:

- Tiempo de evolución de la lesión.
- Localización de la lesión.
- Tamaño: Se realizarán **fotografías digitales** de la **lesión** y se determinaran las dimensiones de la úlcera mediante el software informático
- Probing to bone: Palpación del hueso en una úlcera, mediante instrumento estéril con suaves movimientos, tipo pinza hemostasia "mosquito", para valorar su verdadera profundidad, sospechar de afectación ósea, tunelaciones y trayectos, fístulas y calidad de los tejidos subcutáneos. Variable si/no
- Heridas infectadas: Presencia de bacterias en los tejidos acompañadas de la reacción inflamatoria del huésped, se medirá mediante cultivo microbiológico.
- Número de úlceras.
- Tratamiento.
- Numero de heridas cicatrizadas.
- Tiempo necesario para completar la cicatrización.
- Porcentaje de reducción del área de la herida, desde anterior medición.
- Amputaciones en las extremidades inferiores. Variable si/no y número de amputaciones.
- Cambio de puntuación en la valoración de las heridas.

Variables planimétricas:

- Esfacelos.
- Tejido necrótico.
- Tejido de granulación. Todas ellas medidas con el software informático, según porcentaje respecto a imagen anterior.

7. DESARROLLO DE LA ACTUACION:

El objetivo del estudio es realizar una descripción del tratamiento de heridas vasculares apoyándose en el uso de fotografías y análisis de éstas mediante un software que calcule distintas medidas (perímetro, área…).

El uso de fotografías, no es práctica clínica habitual en el centro, pero no es una actuación invasiva hacia el paciente y ésta no va a influir negativamente en su tratamiento asistencial.

Para el análisis de las fotografías se utilizará el software independiente MOWA (https://www.healthpath.it/imowa.html) adquirido por el promotor para el presente estudio.

Dicho software estará instalado en la tablet con la que se tomarán las fotografías y se realizarán los análisis directamente en ella.

Por tanto, mediante el software se seguirá este protocolo:

Características MOWA:

- **Mowa** es una aplicación, software independiente, para la gestión avanzada de las heridas vasculares.

  Es un software de análisis de imágenes, que ofrece un apoyo orientativo, nunca un diagnóstico, a Profesionales Sanitarios en el análisis y seguimiento de tejidos de heridas. El aplicativo permite realizar un seguimiento de la evolución de estos tejidos en el tiempo.
- **Calculo superficie**

Registro:

1. **Datos personales del paciente:** Codificación de los datos personales.

2. **Creación de un nuevo caso:**

   Introducir las características del caso; fecha de inicio y finalización del tratamiento, periodicidad de las tareas, descripción del caso, tipo de herida y si el caso ha sido curado y/o cerrado.

   Qué es un caso: un caso es una misma herida de un mismo paciente. Si un mismo paciente tiene diferentes heridas, éstas han de tratarse como casos diferentes. Un caso puede tener tantas fotografías como se considere oportuno realizar. Asimismo, se pueden realizar tantos análisis como fotografías se realicen de una misma herida.

3. **Añadir/Editar imagen:**

   Subir al sistema la fotografía de la herida que se quiera analizar y asociarla a una fecha para poder realizar un seguimiento en el tiempo y poder observar su evolución.

4. **Tratamiento según esquema TIME:**

   Para el tratamiento de las heridas se utilizará el protocolo TIME

5. **Evolución:**

   Una vez recogidos todos los datos del paciente y creado el nuevo caso, el seguimiento de la herida se realizará de forma diaria, realizando fotografía de la herida y análisis diario, dejando constancia de forma diaria los cambios en el tratamiento.

6. **Aclaración:**

   El diagnóstico del tipo de herida lo realiza el equipo médico, el cual se perfila tras la realización de las pruebas complementarias que permiten establecer un diagnóstico definitivo, según práctica clínica habitual.

7. **Encuesta de satisfacción:**

   Se entregará para su cumplimentación, al personal participante en el estudio, a la finalización de éste. **Anexo I.**

Finalmente, una vez realizado todos estos pasos y cálculos mediante el software MOWA, se transcribirán los resultados a una base de datos propia para el estudio.

8. PLAN ANALISIS

El propósito de este estudio es realizar un descriptivo de la experiencia de uso de la planimetría digital. Por tanto, se utilizarán las herramientas clásicas de estadística descriptiva.

Primero se resumirán las variables a estudio. Para las variables categóricas se presentarán número de casos absolutos y porcentaje sobre el total. Para las variables continuas, se realizará un ajuste de normalidad. Si los datos se ajustan a la distribución normal, se presentará la media y la desviación estándar. En caso contrario, se presentará la mediana y rango intercuartílico.

El análisis descriptivo se completará con un análisis gráfico. Se presentarán gráficas de dispersión, histogramas, gráficos de tallos y hojas, diagramas de pareto o diagramas de cajas, según se ajusten a la naturaleza de la variable.

9. ASPECTOS ETICO –LEGALES

Este estudio se llevará a cabo de acuerdo a la Declaración de Helsinki, a las Normas de Buena Práctica Clínica y a La Ley 14/2007 de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

El investigador principal se compromete a que todo dato clínico recogido de los sujetos del estudio sea disociado de sus datos de identificación personal, mediante un código, transcribiendo los datos a la base de datos propia del estudio de forma codificada, respetando así la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre), la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Solamente el equipo investigador, y las autoridades sanitarias, que tienen el compromiso de confidencialidad tendrán acceso a esta información. Una vez finalizado el estudio, los datos serán anonimizados eliminando la información personal y desvinculándola del código y se guardarán los datos para posible futuros estudios. El IP se compromete, a su vez, a custodiar todos los archivos y documentos que se generen.

Se informará al paciente acerca de la naturaleza y objetivos del estudio, se respetará la voluntariedad de la participación y los derechos asistenciales del paciente.

A cada paciente se le solicitará la firma del consentimiento informado de acuerdo con la Ley 3/2001, de 28 de mayo, (reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes), la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, el Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el acceso a la historia clínica electrónica, así como el Decreto 164/2013, de 24 de octubre, de modificación del Decreto 29/2005.

El protocolo de estudio será remitido al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia para la consiguiente aprobación y supervisión.

10. PLAN DE TRABAJO

Cronograma temporal

A través de la tabla que se presenta a continuación, se determinan los pasos a llevar a cabo para la realización del Proyecto. A través del cronograma, se busca la consecución de cada una de las actividades previstas en los plazos determinados para lograr los objetivos propuestos. (Ver tabla 1).

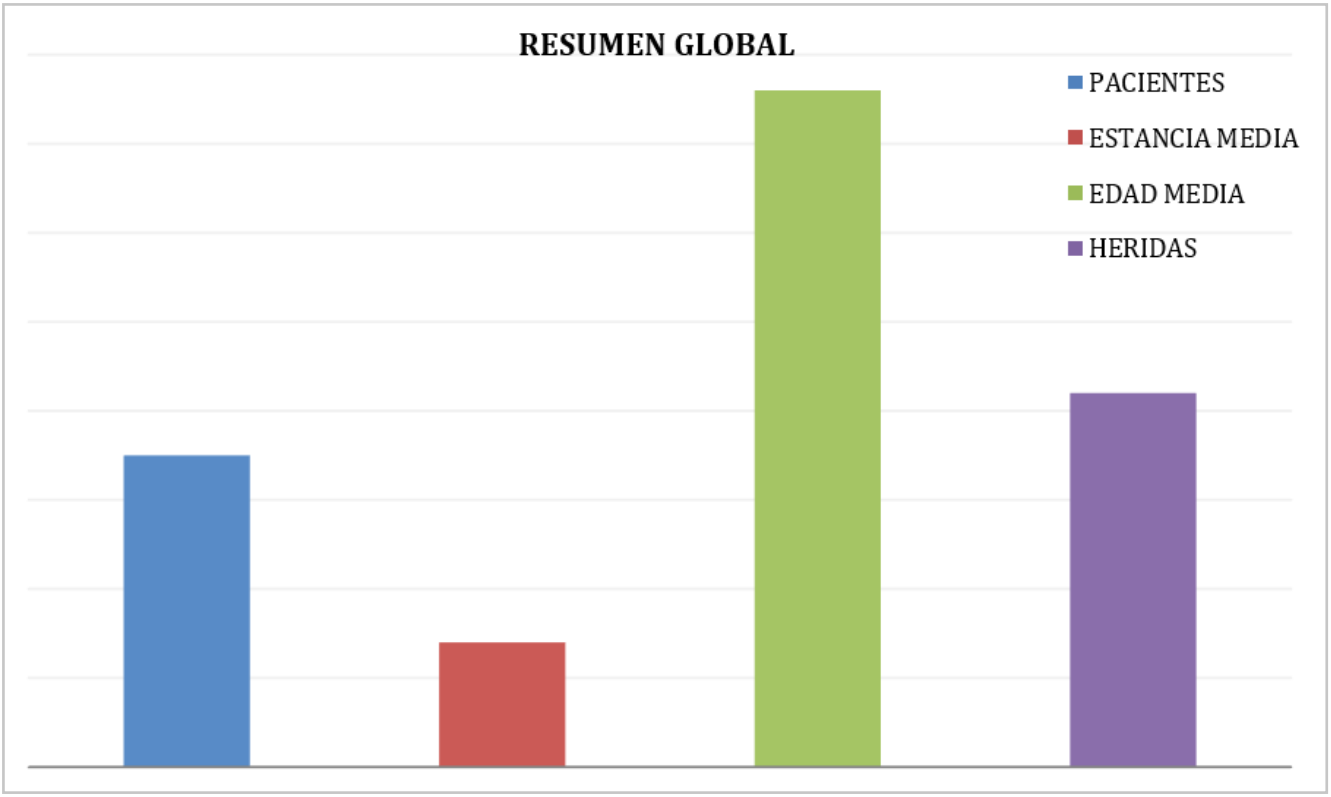
Tabla 1: Cronograma temporal proyecto.

TAREA	PREVIO	NOV-DIC 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO-MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018
Revisión bibliográfica Diseño del estudio	X					
Presentación de la documentación Diseño de la base de datos		X	X			
Recogida de datos Análisis estadísticos				X	X	
Divulgación científica						X

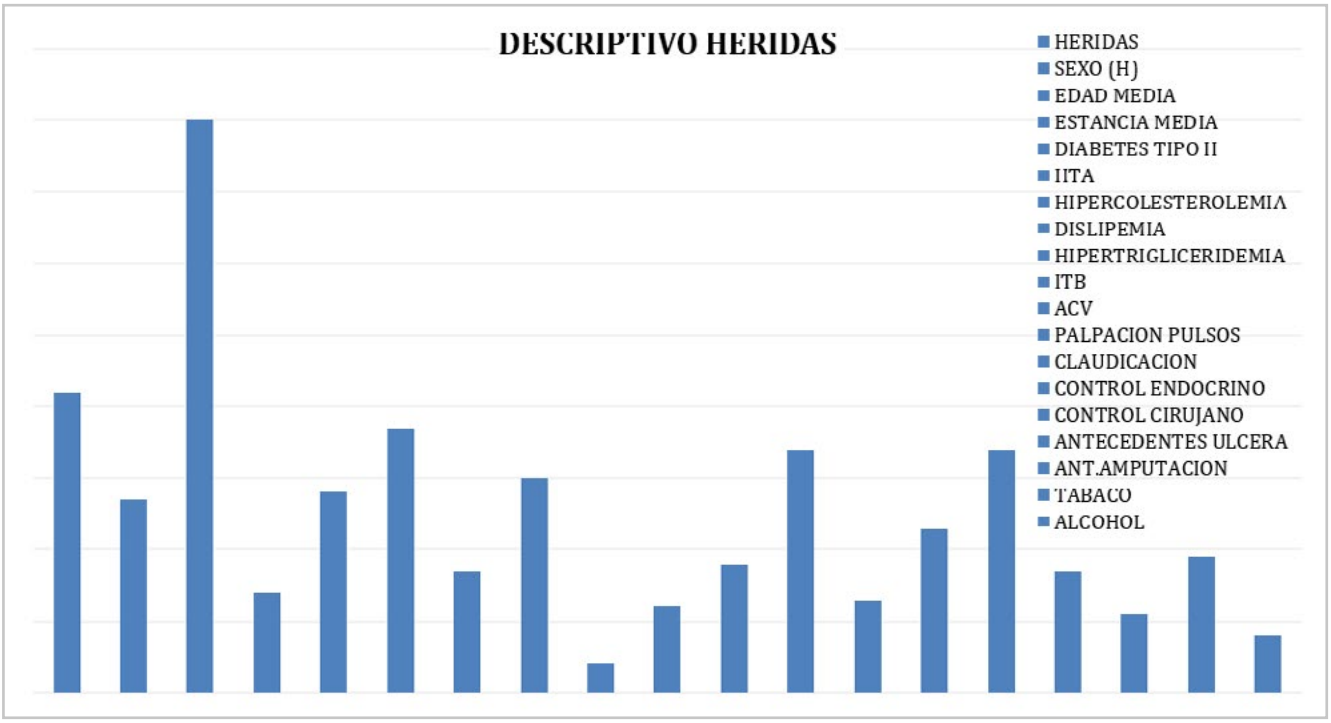
11. LIMITACIONES ESTUDIO

- **Las propias de la planimetría digital:**
  - Es difícil de garantizar que en todas las fotografías que se tomen, la distancia sea la misma entre la herida y la cámara.
  - Es difícil asegurar que el ángulo de inclinación de la foto sea el mismo, afectando la precisión de la medición fotográfica.
  - Se ha demostrado que alterar el ángulo de la fotografía puede disminuir hasta en un 90% la medida de la superficie de la herida.
- Aunque estos problemas se pueden minimizar si se coloca, a la hora de hacer la foto, una plantilla a escala conocida para luego calibrar.

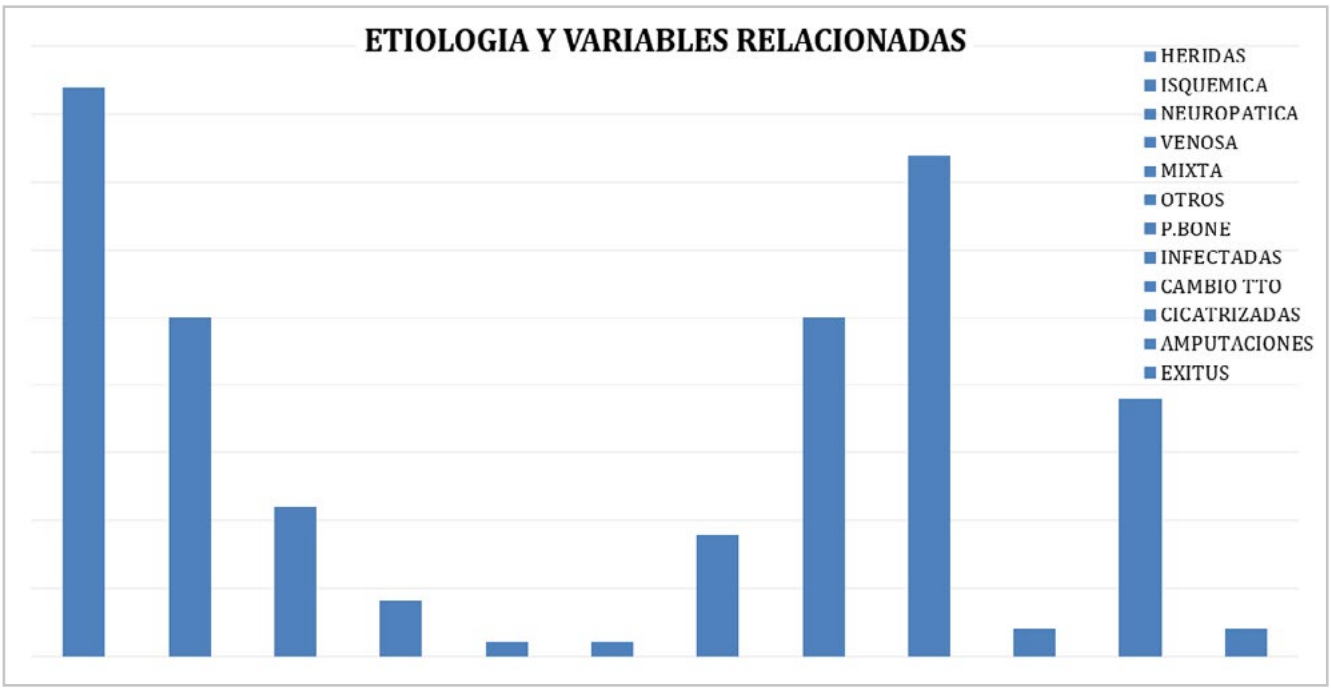
12. RESULTADOS



**Medianas y rangos (variables continuas) o número absoluto y porcentaje (variables categóricas).
Resaltamos las variables más relevantes, resto de variables estudiadas se muestran en el **Anexo II.



**Medianas y rangos (variables continuas) o número absoluto y porcentaje (variables categóricas).
****Anexo II.**



**Medianas y rangos (variables continuas) o número absoluto y porcentaje (variables categóricas).
****Anexo II.**

RESULTADOS ENCUESTA VALORACION

Se obtienen resultados de 4/5 en todos los ítems.

13. CONCLUSIONES

Según nuestra experiencia:

La gran variabilidad existente en la realización de las curas, la cantidad de apósitos y productos disponibles en el mercado, así como los distintos turnos de trabajo (hay que tener en cuenta que no siempre es el mismo profesional el que valora y evalúa la herida), exige que los profesionales de enfermería posean conocimientos y herramientas adecuadas para el diagnóstico diferencial, evaluación y tratamiento integral de este tipo de heridas crónicas.

La fotografía, tiene una gran ventaja y es la de contar con un registro visual de las características de la herida, ya que no sólo se identifican las dimensiones de la misma, sino también el tejido presente en el momento de la valoración

Contar con un seguimiento de pacientes a través de un registro electrónico de heridas, que incluya una ficha completa de paciente y un registro fotográfico de heridas, asociado al curso evolutivo de la misma, es una herramienta que podría potencialmente aumentar la seguridad y calidad del cuidado, permitiendo a los profesionales de la salud identificar más fácilmente una herida de difícil cicatrización y realizar una intervención.

Facilita la recogida de información, tanto inicial como periódica, permite una recogida de datos homogénea y una evaluación en presente y pasado, mejorando la comunicación interprofesional, estableciendo un lenguaje común y consensuado.

Esto permite, al equipo multidisciplinar, estar permanentemente actualizado sobre las intervenciones llevadas a cabo, mejorando los criterios de evaluación y tratamiento de las heridas, disminuyendo los tiempos en la toma de decisiones, ya que todos los profesionales implicados en el estudio, tienen a su disposición un registro diario del evolutivo clínico de las de las mismas, y proponer modificaciones en el tratamiento basadas en la evidencia científica, brindando cuidados de calidad y mejorando los planes de cuidados. Así mismo, el registro se convierte en un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación.

Según nuestra experiencia; este método de registro mejora considerablemente el conocimiento sobre las heridas, disminuye los tiempos en la toma de decisiones y probablemente disminuya el coste de las intervenciones. Así mismo, mejoraría la comunicación entre los distintos

niveles asistenciales (primaria y especializada), ya que una imagen de la lesión al momento del alta, mejoraría la continuidad de los cuidados..

Es necesario que el personal de enfermería tenga en cuenta la gran importancia y validez que tienen sus registros.

Los registros de enfermería, representan la evidencia documental que refleja la actuación del personal en relación con el cuidado integral del paciente, los cuales conllevan repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, por lo que es preciso llevarlos a la práctica con el debido rigor científico.

14. DIVULGACION DE LOS RESULTADOS

Se divulgarán los resultados del estudio en forma de publicaciones o comunicaciones en congresos y/o jornadas del área de conocimiento. La transmisión de resultados no se asociará en ningún caso a la identidad de los participantes.

15. BIBLIOGRAFIA

Bibliografía reseñada

(1) Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas "Electronic records for wound assessment for nurses". Aedo Carreño, V., Parada Santander, T., Alcayaga Rojas, C., Rubio Acuña, M.

(2) García S, Navío A, Valentin L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Invest. 2007; 28: 1-8.

(3) (6) Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Revised Chapter Record of Care, treatment, and Services Long Term Care Accreditation Program. 2009. (7) Fishman T. [Homepage on the Internet]. North Miami Beach, FL: The principles of proper wound assessment and photo documentation. Wound Care Institute; c1996. [Referido 2010 Dic 16]. [5 páginas]. Available from: http://www.woundcare.org/newsvol2n1/ar3.htm. (8) Unger P. Documentation for reimbursement. En: Wound Healing. Evidence based management. USA: Contemporary perspectives in rehabilitation; 2010. p. 633 – 642. (9) Baranoski S, Ayello E. Legal aspects of wound care. En: Wound care essentials. Practice and principles. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p. 30–46.

(4) (10) Hurlow, J. [homepage on the Internet]. United Stated: Assessment and documentation issues in wound care. Wound and skin care center. [cited 2010 Nov 26]. [about 3 páginas]. Available from: http://www.vnaa.org/vnaa/g/?h=html/wound

(12) Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). Oxford: Biblioteca Cochrane Plus; c2008. [updated 2003 May 16; cited 2010 Nov 12]. [about 42 páginas]. Available from: http://www.update-software.com

(13) (14) Ibarra A, García M. Registros de enfermería. [homepage on the Internet]. Almería: [updated 2007 Dic 6; cited 2010 Dic 12]. [about 12 páginas]. Available from: http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm

(5) (15) (19) Brem H.Wound electronic medical record system. [homepage on the Internet]. 2006 [updated 2006 Abr; cited 2010 Dic 12]. Available from: http:// www. wipo.int/pctdb/en/wo.jsp?WO=2006039404 &IA=US2005035026&DISPLAY=STA T US. 2006. 16

(20) Maggi J. Implementation of an online wound electronic medical record as a clinical tool to decrease amputations in personas with diabetes. Langone Medical Center. Surgical forum abstracts. Proceedings of the American College of Surgeons (ACS) 96th Annual Clinical Congress; 2010 Oct; New York Univesity; 2010.

(21) Golinko M, Margolis D, Tal A, Hoffstad O, Boulton A, Brem H. Preliminary development of a diabetic foot ulcer database from a wound electronic medical record: a tool to decrease limb amputations. Wound repair regeneration 2009. 17(5): 657–665.

(6) 1. García Martín-C, Martines Martín C. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Elsevier, 2007. [Links]2. Soldevilla Agreda J, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos 2006; 17 (4): 203-24. [Links]

(7) Restrepo-Medrano Juan Carlos, Verdú José. Medida de la cicatrización en úlceras por presión: ¿Con qué contamos? Gerokomos [Internet]. 2011 Mar [citado 2017 Sep 10]; 22(1):35-42.Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000100006&lng=es.

(8) Capillas Pérez RM, Castillo Muñoz L, Morros Torné C, Portas Freixes J, Vedia Urgell C. Maneij de les úlceres vasculars. Guíes de la práctica clínica i material docent. [Internet]. Barcelona: Institut Catalá de la Salut; Dic 2004. [Acceso 15 de Mayo de 2015]. Disponible

en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia_ulceres_vasculars.pd f

(11) Blanes Mompo JJ et al. Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. Rev Esp Quimioter [Internet]. 2011 [Acceso 15 de Mayo de 2015]; 24(4): 233-62. Disponible en: http://seq.es/seq/02143429/24/4/diabetico_esp.pdf

(12) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. [Acceso 20 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.who.int/en/

- Rueda López J, et al. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. Gerokomos. 2004; 15(4): 230247.

(22) Asociación Española de Enfermeria Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ºEdición Madrid AEEVH, 2017. Disponible en: http://www.aeev.net 17 Bibliografía consultada no reseñada

- Cacicedo González R, Castañeda Robles C, Cossío Gómez F, Fernández Saíz B, Delgado Uría A, Gómez España MV et al. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. [Internet]. Servicio Cántabro de Salud; 2011. [Acceso 25 Marzo de 2015]. Disponible en: http://www.scsalud.es/documents/2162705/2163005/Manual+de+Preveci%C3%B3n+ y+Cuidados+Locales+de+Heridas+Cr%C3%B3nicas_SCS.pdf
- Consenso internacional. La importancia del tratamiento de heridas eficiente. Wounds International 2013. Se puede descargar en www.woundsinternational.com.
- European Wound Managment Association (EWMA) Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004.
- Manuel Gago Fornells. R. Fernando García González Cuidados de la piel Perilesional. 2006
- Dr. Esteban Hernández Osma Dr. Vicente Martín Paredero. Manual de patología vascular. • Presentación del tema: "Valoración de las heridas Juan Restrepo Profesor U de A PhD, especialista en gerencia."
- Malay DS, Margolis DJ, Hoffstad OJ, Bellamy S. The incidence and risks of failure to heal after lower extremity amputation for the treatment of diabetic neuropathic foot ulcer. J Foot Ankle Surg 2006; 45: 366-74.
- Brem H, Sheehan P, Boulton AJ. Protocol for treatment of diabetic foot ulcers. Am J Surg 2004; 187(5A):1S-10S. Review.
- Urbancic-Rovan V. Causes of diabetic foot lesions. Lancet 2005; 366: 1675-6
- Wagner FW: The dysvascular foot a system for diagnosis and treatment. Foot Ankle 1981; 2: 64-122.
- Gibbons G, Eliopoulos GM. Infection of the diabetic foot. En: Kozak GP et al (eds.). Mnagement of diabetic foot problems. Philadelphia: WB Saunders 1984;
- Fontaine R, Kim M, Kieny R. Die chirurgische Behandlung der peripheren Durchblutungsstörungen. Helvetia Chirurgica Acta 1954; 5/6:199-533.
- Transatlantic Inter-Society Consensus (TASC). J Vasc Surg 2000: 31(1) part 2: S168-S175.
- Boulton AJ, Gries FA, Jervell JA. Guidelines for the diagnosis and outpatient management of diabetic peripheral neuropathy. Diabet Med 1998; 15:508-14.
- Restrepo-Medrano Juan Carlos, Verdú Soriano José. Desarrollo de un índice de medida de la evolución hacia la cicatrización de las heridas crónicas. Gerokomos [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Sep 10] ; 22(4): 176-183. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134- 928X2011000400005&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400005.
- Ministerio de Salud. [homepage on the internet]. Manejo y tratamiento de heridas y úlceras. Valoración y clasificación. Serie de guías clínicas 1. [updated 2002; cited 2011 Jun 7]. Available from: http//www.inheridas.cl/wpcontent/uploads/pdf/
- Guia_1_Manejo_y_Tratamiento_de_ las_Heridas_y_Ulceras.pdf
- Baranoski S, Ayello E. Using a wound assessment form. Nursing. [serial online]. 2005. [cited 2011 Ene 29]; 35 (3); [2 páginas]. Available from: http://www.nursing2005.com.
- Domic E. Importancia de los registros de enfermería. Medwave. [serial online]. 2004. [cited 2011 Jun 6]; 4; Available from: http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2793 19 ANEXOS

16. ANEXO I

Encuesta valoracion

El sistema de valoración es adecuado

1. Puede ser una herramienta más de ayuda a médicos y enfermeras en su actividad diaria
2. Tiempo adecuado
3. Impresión general de la herramienta
4. Cómo valora la información que el software le proporciona, considera que aporta datos objetivos y de calidad
5. Cómo valora el tiempo que emplea en su uso
6. Valora el grado de confianza que le proporciona el software
7. Ayuda en la toma de decisiones
8. Puede el usuario conocer los objetivos alcanzados
9. Considera que la herramienta facilitaría el seguimiento al alta
10. Disminuye el software el tiempo empleado en la valoración de las heridas
11. En cuanto al tratamiento, es útil la herramienta para su mantenimiento o modificación

Puntuación de 0-5

ANEXO II

Tabla 1. Descriptivo de las Heridas

Variables Heridas (42)

Sexo (H) 27 (64.3)
Edad (años) 80 (66 – 88)
Tiempo estancia (días) 14 (9 – 19)
DM (2) 28 (93.3)
HTA (Sí) 37 (88.1)
Hipercolesterolemia (Sí) 17 (40.5)
Dislipemia (Sí) 30 (71.4)
Hipertrigliceridemia (Sí) 4 (9.5)
Hiperhomocistinemia (Sí) 0 (0)
Hiperviscosidad (Sí) 0 (0)
IMC (Sí) 1 (2.4)
ITB (Sí) 12 (28.5)
ACV (Sí) 18 (42.9)
Palpación pulso (Sí) 34 (80.9)
Claudicación intermitente (Sí) 13 (30.9)
Dieta (Sí) 20 (47.6)
Actividad física (Sí) 11 (26.2)
Control endocrino (Sí) 23 (54.8)
Control cirujano (Sí) 34 (80.9)
Antecedentes ulceración (Sí) 17 (40.5)
Antecedentes amputación (Sí) 11 (26.2)
Tabaco (Sí) 19 (45.2)
Alcohol (Sí) 8 (19.1)

Etiología

Isquémica 25 (59.5)
Neuropatía 11 (26.2)
Venosa 4 (9.5)
Mixta 1 (2.4)
Otros 1 (2.4)
Probing bone (Sí) 9 (21.4)
Heridas infectadas (Sí) 25 (59.5)
Cambio tratamiento (Sí) 37 (88.1)
Heridas cicatrizadas (Sí) 2 (4.8)
Amputaciones (Sí) 19 (45.2)
Exitus (Sí) 2 (4.8)

**Medianas y rangos (variables continuas) o número absoluto y porcentaje (variables categóricas)

Tabla 2. Descriptivo de los pacientes

Variables Pacientes (35)

Sexo (H) 24 (68.5)
Edad (años) 76 (65 – 87)
Tiempo estancia (días) 14 (9 – 19.7)
DM (2) 23 (92.0)
HTA (Sí) 31 (88.5)
Hipercolesterolemia (Sí) 13 (37.1)
Dislipemia (Sí) 1 (2.8)
Hipertrigliceridemia (Sí) 4 (11.4)
Hiperhomocistinemia (Sí) 0 (0)

Hiperviscosidad (Sí) 0 (0)
IMC (Sí) 1 (2.8)
ITB (Sí) 11 (31.4)
ACV (Sí) 14 (40.1)
Claudicación intermitente (Sí) 11 (31.4)
Dieta (Sí) 17 (48.5)
Actividad física (Sí) 8 (22.8)
Control endocrino (Sí) 19 (54.2)
Control cirujano (Sí) 28 (80.0)
Antecedentes ulceración (Sí) 14 (40.0)
Antecedentes amputación (Sí) 9 (25.7)
Tabaco (Sí) 18 (51.4)
Alcohol (Sí) 6 (17.1)
Exitus (Sí) 1 (2.8)
**Medianas y rangos (variables continuas) o número absoluto y porcentaje
(variables categóricas)

Tabla 3. Diferencias tiempo ingreso

Etiología herida Tiempo p-valor
Isquémica 9 (9 – 15) 0.029
Neuropática 20 (14.5 – 24)
**Medianas y rangos (variables continuas) o número absoluto y porcentaje
(variables categóricas)
Sí hay diferencias de tiempo

Tabla 4. Diferencias porcentaje de amputaciones

Etiología herida Total Amputación sí p-valor
< 80 años 23 12 (52.1) 0.320
> 80 años 19 7 (36.8)
**Medianas y rangos (variables continuas) o número absoluto y porcentaje
(variables categóricas)

Dédée, la enfermera heroína

Nazaret Gómez González • nazalugo@gmail.com

Andrée Eugénie Adrienne de Jongh (1), conocida como "Dédée" de Jongh (1916-2007) era hija de Frédéric de Jongh, un maestro de escuela integrante de la Resistencia Belga durante la II Guerra Mundial.

Los nazis invadieron Bélgica en mayo de 1940 y Andrée, con 24 años, que ya era enfermera, se alistó en la Cruz Roja y se puso a trabajar en Brujas y posteriormente en Bruselas donde se afincó con su familia. Poco después, se produjo la operación Dinamo en la que se producía la evacuación de la BEF (British Expeditionary Force) desde las playas de Dunkerque, que permitió poner a salvo a unos 200.000 soldados británicos (2) y otros 100.000 más entre franceses y belgas.

Pero atrás quedaron muchos que no pudieron escapar por estar heridos (3) en hospitales o quedar aislados. A ellos, dedicó sus esfuerzos Andrée creando unas rutas de huida seguras desde junio de 1941. Se inspiró en la enfermera Edith Cavell (enfermera de la que hablaré en el siguiente número), que hizo algo parecido en la I Guerra Mundial, copiando el sistema/nomenclatura del llamado "Ferrocarril Subterráneo" que ayudaba a huir esclavos del Sur de EEUU al Norte.

La línea (4) empezaba en pisos francos de Bruselas desde donde se iba a Francia en tren con documentos falsos y se pasaba a España (teóricamente neutral) llegando en algunos casos a Gibraltar (territorio británico).

Había también itinerarios alternativos: la Pat Line (París-Limoges-Toulouse-Barcelona), la Pat 2 (París-Dijon-Lyon-Aviñon-Marsella-Nimes-Pertiñán-Barcelona), y la Sherburne Line que iba directamente a Gran Bretaña (París-Rennes-St.Brieuc-Dartmouth)

Toda esta red de gente que participaba en estas líneas de huida fue bautizada como "Le Réeau Cométe" (La línea de la cometa). Gran parte de sus integrantes eran religiosos católicos, médicos y enfermeras que tenían contacto con los presos/heridos con el apoyo de algunos aristócratas. El nombre de Le Réseau Cométe (La línea Cometa) provenía de lo rápida que era (tenía que ser) la ruta de huida, "…tan rápida como un cometa pasando por el cielo".

Los primeros que utilizaron la ruta fueron un soldado escocés del BEF (James Cromar) y dos voluntarios belgas (Merchiers y Sterckmans) que fueron acompañados por Andrée hasta el Consulado Británico en Bilbao. Desde entonces, fue ayudada por el mayor Norman Crockatt y el teniente James Langley, del MI6 (Servicio de inteligencia británico) (5) en sus tránsitos a España, debido a que esta pese a su "neutralidad" entregó a los nazis varias de las personas que lograron llegar a España.

Andrée, a la que apodaban "el Pequeño Ciclón", pasó a ser colaboradora directa del MI6 y gracias a su red, logró ayudar a más de 400 soldados aliados a escapar. De estos, a 118 los acompañó ella personalmente en 30 viajes a España.

La Gestapo capturó a su padre Frédéric junto a otros 23 miembros de la red en París en junio de 1943. Fueron torturados para obtener información y posteriormente fusilados en 1944.

Andrée fue capturada algo antes en Urrugne (País Vasco Francés), el 15 de enero de 1943, pero los nazis no creyeron que era la líder de La Línea Cometa por ser tan joven y la enviaron al campo de concentración de Ravensbrück y de allí al de Mauthausen. Fue liberada en abril de 1945.

La Línea Cometa siguió funcionando pese a la captura de Andrée hasta 1944 ayudando a soldados aliados. La red como tal, fue reconocida como operativa desde el 1 de junio de 1941 hasta el 30 de septiembre de 1944. (6)

Pese a las secuelas físicas de la guerra y los campos de concentración, Andrée, desde la Guerra, trabajó 28 años como enfermera(matrona) en diferentes leproserías de Congo Belga, Camerún, Etiopía y Senegal. Siempre había anhelado ayudar en África.

Jubilada y establecida en Bruselas, recibió altísimas condecoraciones de EEUU, del Reino Unido, de Francia, y por supuesto de Bélgica. Además, allí recibió el título de condesa y el grado de teniente coronel del ejército sin haber sido militar.

Recientemente el MI6 confirmó que La Línea Cometa llegó a tener cerca de 14000 colaboradores (de menor o mayor implicación) que pusieron a salvo un total de 2373 militares británicos y unos 2700 de EEUU.

Comprometida con su tiempo y con la gente, no solo en tiempos de guerra, también después en su labor altruista de enfermera en África, Andrée es, y debe ser, un ejemplo para todos. (7)

BIBLIOGRAFÍA

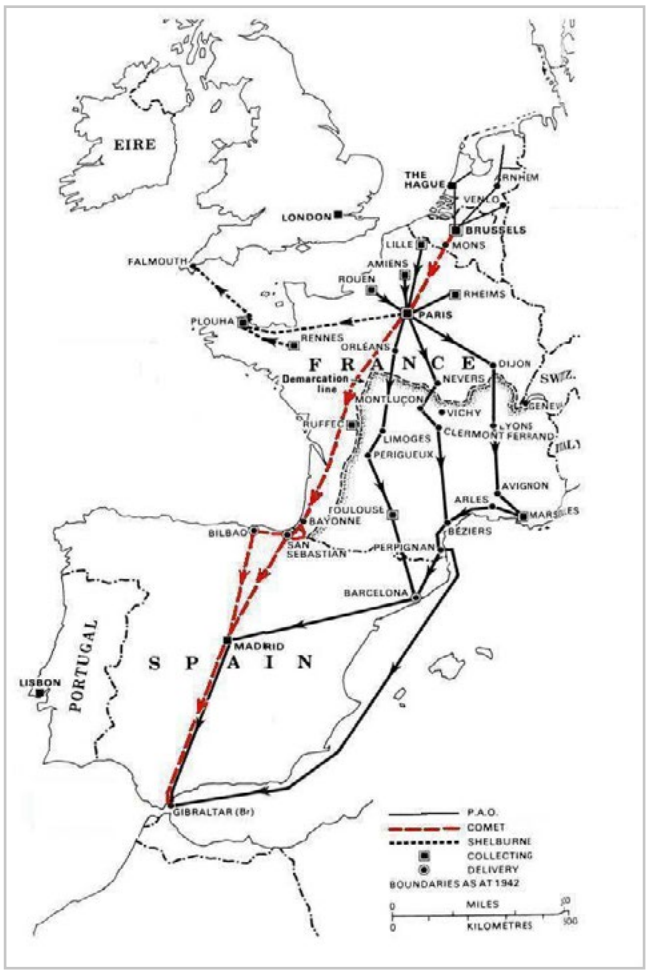
1. https://es.wikipedia.org/wiki/Andr%C3%A9e_de_Jongh
2. http://enfeps.blogspot.com/2009/05/una-enfermera-excepcional-andree-de.html
3. https://www.lasegundaguerra.com/viewtopic.php?t=14528
4. https://www.diariovasco.com/20071207/opinion/andree-jongh-mujer-extraordinaria-20071207.html

1. Andrée Eugénie Andrienne de Jongh.

2. Tropas aliadas.

3. Atención a heridos.

5. Servicio de Intelegencia Británico.



4. Línea Cometa.

7. Dédée.

6. Placa commemorativa.

Agujas quirúrgicas

Nazaret Gómez González · nazalugo@gmail.com

1

Aguja punta triangular invertida

Diseñada para penetrar en tejidos duros. Piel (sutura dérmica e intradérmica), tendones, capa muscular, aponeurosis y ligamentos.

2

Aguja cuerpo redondo con punta trocar

Buena penetración en tejidos duros con un mínimo trauma tisular. Capa muscular, aponeurosis, ligamentos y tendones.

3

Aguja cuerpo redondo y punta Roma

Ideal para órganos parenquimatosos como el hígado.

4

Aguja espatulada

Aguja diseñada para pasar através de la estructura corneal sin dañar las capas superiores e inferiores del estroma. Oftalmología.

PREMIOS CIENTÍFICOS MURALLA 2022

OBJETIVO

Fomentar la investigación y la participación de las/os enfermeras/os en actividades científicas relacionadas con la profesión. Los trabajos deberán ser inéditos, no serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin, ni trabajos que previamente hayan sido premiados en otros certámenes.

CATEGORÍAS

1. CATEGORÍA CIENTÍFICA: Premiar los mejores trabajos de investigación: estudios observacionales, experimentales, revisiones sistemáticas de la literatura, meta-análisis, etc.

1º Premio de 1000

2º Premio de 750

2. ARTICULO CIENTÍFICO: Premiar el mejor artículo científico publicado en una revista relacionada con la profesión enfermera. Se aceptarán los artículos publicados entre el 31 de octubre de 2021 al 01 de abril de 2022 (se excluyen editoriales o artículos que no tengan la estructura de artículo científico).

Premio de 500

3. ACCÉSIT ALUMNOS: Premiar los trabajos presentados por los alumnos de la Facultad Universitaria de Enfermería de Lugo.

1º Premio de 500

2º Premio de 500

PLAZO DE PRESENTACIÓN

La fecha límite de presentación el 6 de abril de 2022 en el Colegio de Enfermería de Lugo.

BASES "PREMIOS MURALLA"

PARTICIPANTES

Podrán participar aquellas/os colegiadas/os de forma individual o colectiva (que están al corriente de pago de cuotas colegiales) y alumnas/os de Grado de la Escuela de Enfermería de Lugo.

Los premios da categoría científica están abiertos para colegiados de los Ilustres Colegios Oficiales de Enfermería de Galicia, el resto de las categorías se reservan para los colegiados del Colegio de Enfermería de Lugo y alumnos matriculados en la EUE de Lugo.

Quedan excluidos los miembros del jurado y de la Junta directiva de los Colegios profesionales.

El hecho de participar en este Premio supone la aceptación de las Bases, en caso de falsedad o incumplimiento de las bases por parte del autor/es premiados supondrá la obligación de devolver el Premio.

PROPIEDAD: Los trabajos premiados quedarán en propiedad del COE de Lugo, serán publicados en la revista Enfermeir@s, si así, lo considera su Dirección editorial, donde se mencionará al autor/es. Los autores premiados deberán solicitar autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que fueron premiados en el "Premio Muralla del Colegio Oficial de Enfermería de Lugo". Los trabajos no premiados quedarán a disposición de los autores en las oficinas del Colegio, a partir del día siguiente de la Fiesta Colegial.

ENTREGA DEL PREMIO

Excepcionalmente y por razones de seguridad durante la pandemia por Covid19, los premios se entregarán en la sede del Colegio de Enfermería de Lugo o en la Fiesta de Enfermería, si la hubiera. Los trabajos premiados se publicarán en la página web del colegio

Los premios serán entregados en día de la Fiesta de Enfermería. Los seudónimos de los trabajos premiados serán publicados previamente en la página web del Colegio (www.enfermerialugo.org) y en el momento de la Fiesta de Enfermería se abrirá el sobre con el nombre del autor/as.

Es obligatorio que al menos un autor/a del trabajo premiado lo recoja de forma presencial el día de la Fiesta de Enfermería, en caso de no presentarse a recogerlo el premio quedará desierto.

JURADO

Presidente: la presidenta del COE de Lugo o persona en la que delegue.

Vocales: la coordinadora de la Comisión de Formación del COE de Lugo, un representante de los colegiados con experiencia en comités científicos, un representante de E.U.E de Lugo, un representante de Atención Primaria, un representante de los tres distritos: A Mariña, Monforte de Lemos y Lugo.

DECISIÓN DEL JURADO

Podrá declarar desierto cualquier premio. El fallo será inapelable. Los concursantes por el hecho de concursar renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el mismo.

NORMAS DE PRESENTACIÓN Y ENTREGA

Todos los trabajos deberán ser originales e inéditos, excepto el artículo científico y el trabajo de los alumnos.

Los trabajos serán entregados o enviados por correo u otra empresa de mensajería al Colegio de Enfermería de Lugo (Avenida de la Coruña nº 104, entr B, cp 27003, Lugo), en un sobre cerrado indicando en su exterior LA CATEGORÍA A LA QUE OPTA Y UN SEUDÓNIMO (no llevará remitente ni ningún tipo de identificación). En su interior se incluirá un sobre cerrado con el seudónimo en el exterior y en su interior los nombres y apellidos y del autor/es, nº de colegiado y nº de teléfono de contacto.

Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente el nombre del autor o referencias que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, de la procedencia o autores de los mismos.

Los trabajos y artículos se presentarán con un original impreso en DIN A-4 por una sola cara y una copia en formato digital. Idioma castellano o gallego. Fuente tipográfica calibri, color negro, tamaño 13, sin sangrías, espacio 0 e interlineado sencillo. Extensión máxima 60 páginas. Los artículos científicos seguirán las normas de publicación y referencia bibliografía de la revista de publicación científica. Es obligatorio presentar un justificante de su publicación.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE CATEGORÍA CIENTÍFICA Y ACCÉSIT ALUMNOS (es orientativa)

1-Portada: Incluirá el título y seudónimo.

2-Resumen y palabras claves: El resumen será conciso, claro y bien estructurado según los objetivos, la metodología, los resultados, la discusión y las conclusiones, con una extensión de entre 250 – 350 palabras. Las palabras clave se colocaran a continuación del resumen. Abstract (and keywords) Traducción al inglés del resumen y las palabras clave.

3-Índice: con relación de acrónimos y abreviaturas. Se deberán enumerar los diferentes apartados en los que están divididos el trabajo.

4-Cuerpo del trabajo

- **Introducción:** presentar el tema de forma breve, planteando el estado actual de las investigaciones sobre la cuestión revisada.
- **Justificación:** justificar el interés e idoneidad del tema en función del interés social, sanitario, profesional, teórico, científico o ético.
- **Objetivos:** especificar los propósitos del trabajo en función de los conocimientos previos.
- **Hipótesis:** Si procede. Expresa el interrogante de donde partió el trabajo.
- **Material y Método:** como se hizo la investigación. Las estrategias y procedimientos que se siguieron en el trabajo.
- **Resultados:** comunicar las principales evidencias encontradas en el estudio. Deben de presentarse siguiendo una secuencia temporal lógica, primero los datos iniciales, seguidos por los resultados obtenidos tras la intervención.
- **Discusión y Conclusiones:** Discusión: se interpretan los resultados. Suscita similitudes y diferencias con otros trabajos publicados. Comunica las fortalezas y las limitaciones del estudio, etc. Conclusiones: deben de responder a los objetivos del estudio, evitando hacer afirmaciones rotundas y sacando conclusiones que no estén debidamente apoyadas por los datos.
- **Bibliografía:** referencias bibliográficas siguiendo las normas: APA, Vancouver 2016 o ISO 690 2013
- **Anexos:** en el caso de que se estime oportuno (opcional).

PREMIO ANUAL MURALLA DE LUGO 2022

¡¡Participa!!

COLEXIO OFICIAL DE ENFERMARÍA DE LUGO

Categoría Científica:
1º Premio 1.000 €
2º Premio 750 €

Artículo Científico: **500 €**

Accésit Alumnos:
1º Premio 500 €
2º Premio 500 €

Prazo de presentación dos traballos ata o 6 de abril do 2022

Consulta as bases do concurso na web do Colexio Oficial de Enfermaría de Lugo

www.enfermerialugo.org

Entrega de premios na Festa Anual de Enfermaría